Nr. 49. 7. grudnia 1930 Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Stanisław CIECHANOWSKI Kraków.
Józef KOSTRZEWSKI.

W sprawie żółtaczki zakaźnej.

Z Oddziału chorób zakaźnych Szpitala św. Łazarza i z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Jag.

Wiadomo, że żółtaczka zakaźna wywołana przez krętki swoiste *(Spirochaete icterohaemorrhagiae)* jest chorobą występującą w Europie nie często. Jeszcze rzadziej niż w krajach zachodnich Europy, zdaje się pojawiać w Polsce. Tak przynajmniej należałoby wnosić z piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Brak w niem bowiem opisów chorych na żółtaczkę zakaźną spotykanych w kraju po za nielicznemi wyjątkami. Zdaje się mianowicie, że w ostatnich latach czterdziestu opisali w Polsce po jednym przypadku tylko Brodowski z Duninem i Gryglewicz, oraz Gieszczykiewicz z Kostrzewskim; zarazy żółtaczki zakaźnej, opisanej przez Nowakowskiego, nie można zaliczyć do choroby Weil'a, wywoływanej przez krętki Inady, gdyż w tej zarazie wykryto tylko prątki paratyfusowe. Ale i z tamtych 2 przypadków tylko spostrzeżenie Gieszczykiewicza z Kostrzewskim, o którem niżej, jest pewne. Natomiast przypadek Brodowskiego-Dunina, pierwszy w Polsce, a z 34 znanych wówczas w Europie dopiero drugi, zakończony śmiercią i zbadany pośmiertnie, należy do okresu, kiedy jeszcze nic o krętkach Inady nie wiedziano, i tylko obraz sekcyjny i wynik badań mikroskopowych (aczkolwiek nie ze wszystkiem typowy) pozwalają zaliczyć to spostrzeżenie do choroby Weila; w Gryglewicza zaś przypadku, spostrzeganym tylko klinicznie, nie wykryto we krwi żadnych wogóle drobnoustrojów.

W tych warunkach usprawiedliwione jest ogłoszenie następujących spostrzeżeń:

1) Po raz pierwszy stwierdzono krętkową żółtaczkę między chorymi oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza w Krakowie w r. 1925, u Józefa M. Jest to chory, którego wspólnie z Gieszczykiewiczem opisaliśmy w r. 1925. Wobec tego teraz, o Józefie M., przypomniemy tylko to, co najważniejsze.

Józef M. 19-letni poczuł 9 czerwca 1925 dokuczliwy ból głowy. Nazajutrz ból głowy był jeszcze większy, wystąpiły dwukrotne wymioty niezależne od jedzenia, zjawiły się bóle w mięśniach podudzi, a osłabienie było tak znaczne, że Józef M. był niezdolny do pracy. Obok tych objawów wystąpił brak łaknienia, sen przerywany i było kilka wolnych wypróżnień. Gorączka miała wynosić 39° C. Do szpitala przyjęto go dn. 13. VI. t. zn. w czwartym dniu gorączki. Chory był przytomny, ale miał wybitną sztywność karku i objaw Kerniga. W narządach wewnętrznych nie wykryto żadnych zmian, a stwierdzono tylko bolesność okolic lędźwiowych, zwłaszcza okolicy prawej, przy ich opukiwaniu. Dnia 14. VI. objawy podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych minęły (5 dzień gorączki), a ponad innemi objawami górował ból w mięśniach podudzi, który był tak silny, że chory leżąc na wznak trzymał nogi skurczone w kolanach, aby łydkami nie dotykać pościeli. 15. VI. wystąpiła wybitna żółtaczka (6 dzień gorączki). Po spadku gorączki, bóle w mięśniach stopniowo malały, a ustąpiły zupełnie 19. VI. Żółtaczka cofała się powolnie, najpierw na spojówkach i częściach obwodowych ciała, później na tułowiu, a znikła w ostatnich dniach czerwca.

Mocz chorego w pierwszych dniach pobytu w szpitalu zawierał białko, wałeczki ziarniste, krwinki czerwone i białe, urobilinę i urobilinogen. Białko ustąpiło 18. VI., urobilina 22. VI., a w końcu urobilinogen. Stolec w pierwszych dniach żółtaczki był wybitnie, ale niezupełnie odbarwiony. Józef M. opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia d. 4. VII. t. zn. w 17 dniu bezgorączkowym.

Silne bóle mięśni łydek, zabarwienie powłok i nieprawidłowe składniki w moczu, nasunęły przypuszczenie żółtaczki zakaźnej *(Morbus Weili)*. To też dnia 15. VI. pobrano choremu krew z żyły i wstrzyknięto ją świnkom morskim dootrzewnie. W kilkanaście dni później niektóre świnki padły. Rozbiór ich zwłok stwierdził zmiany właściwe dla żółtaczki zakaźnej; w narządach zaś wykazano krętki, typu *spirochaete icterohaemorrhagiae.*

Choroba Józefa M. w początkach zapowiadała się poważnie, dalszy jednak jej przebieg był łagodny. Gorączka trwała ogółem 8 dni, okres zdrowienia był bardzo krótki, a do nawrotu gorączki nie przyszło. W czasie pobytu chorego w szpitalu ani wątroba, ani śledziona nie były powiększone. Nie zauważono też wybroczyn ani na błonach śluzowych, ani na skórze. Białkomocz utrzymywał się tylko do 9 dnia choroby.



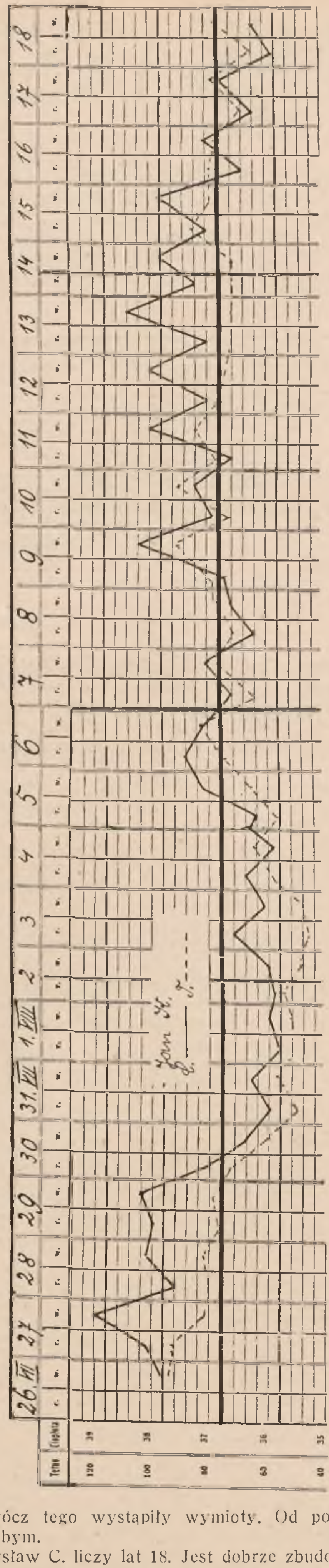
Tablica I.

2) W 1927 r. dnia 26. lipca dowieziono Jana K. lat 20. Stwierdzono u niego gorączkę, lekką żółtaczkę i dokuczliwy ból mięśni łydek. W narządach wewnętrznych nie znaleziono żadnych zmian. Należy jednak zauważyć, że z powodu napięcia powłok jamy brzusznej, wątroby i śledziony nie dało się należycie badać. Liczba krwinek białych wynosiła 10,400. Od chorego dowiedziano się, że dn. 20. VII. uczuł ból głowy i ból karku; prócz tego wystąpiły gorączka i łamanie w kościach. W następnych dniach miewał 3—4 wypróżnienia na dobę. Wypróżnienia były wolne. Czuł się bardzo osłabiony. W szpitalu żółtaczka zwiększała się z dnia na dzień. Na skórze, ani na błonach śluzowych przez cały czas choroby nie zauważono wybroczyn. Natomiast Jan K. kilka razy krwawił z nosa i odpluwał krwią. W czasie jednej doby (28. VII) był zamroczony. Stolce były przez kilka dni zupełnie białe. Mocz zawierał ślad białka, bilirubinę, urobilinę, urobilinogen i krwinki czerwone. Wałeczków nie widziano. Po spadku gorączki stan chorego szybko się poprawiał. Jan K. nie skarżył się na nic, jadał dobrze. Żółtaczka się cofała. Stolce zaczęły wyglądać prawidłowo. Z moczu znikały stopniowo nieprawidłowe skadniki. Stanu podgorączkowego w dniu 5 i 6. VIII chory wcale nie odczuwał. Dnia 7. VIII. można się było dopatrzeć tylko śladu żółtaczki, — a w moczu był tylko urobilinogen wzmożony. Chory chciał już chodzić, mając się za zdrowego. Tymczasem 9. VIII. zagorączkował, i jak widać z tablicy, gorączka utrzymywała się przez 7 dni. Nie miał jednak żadnych dolegliwości poza uczuciem osłabienia, bólem głowy, i poza brakiem łaknienia. Jak w pierwszym okresie gorączkowym, tak i teraz nie stwierdzono w narządach wewnętrznych żadnych zmian. Żółtaczka się nie wróciła, mięśnie łydek nie bolały ani same od siebie, ani dotykane. W moczu był tylko wzmożony urobilinogen. Od 16. VIII. Jan K. szybko powracał do zdrowia, tak że mógł opuścić szpital dnia 29. VIII.

Te same objawy, które u Józefa M., skłoniły także u Jana K., do zaszczepienia krwi świnkom morskim (dn. 27 VII.). Świnki dostały żółtaczki i niektóre z nich padły (dn. 6. VIII.). Na zwłokach znaleziono zmiany cechujące zakażenie krętkami żółtaczki zakaźnej.

Stan Jana K. w pierwszych dziesięciu dniach choroby przedstawiał się dość ciężko. Natomiast nawrotowi gorączki towarzyszyły jedynie osłabienie, ból głowy i brak łaknienia. Choroba nie pozostawiła po sobie żadnych następstw.

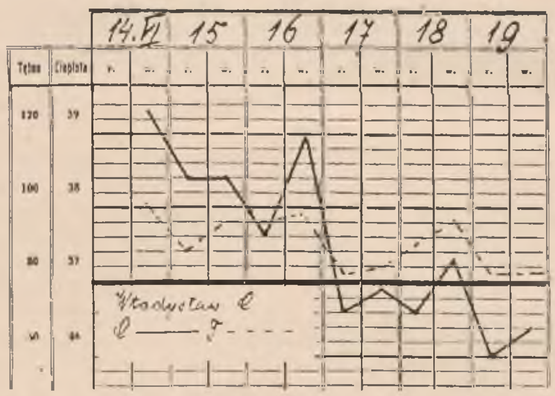
3) W r. 1930 dn. 14 czerwca dostał się na oddział Władysław C. Z zapisków przytaczamy: Władysław C. wygląda na bardzo ciężko chorego. Twarz ma zbolałą, jęczy, — co chwila się przewraca po łóżku. Zachowanie swe tłumaczy bólami we wszystkich członkach. Głównie jednak dokucza mu ból głowy, i ból w lewem podżebrzu. Od czasu do czasu wymiotuje, lub go zrywa na wymioty. Tak choruje od 11 czerwca. Wtedy to dostał nagle dreszczów, gorączki, bólów w kościach, przedewszystkiem jednak bólu



Tablica II.

głowy. Prócz tego wystąpiły wymioty. Od początku czuje się bardzo słabym.

Władysław C. liczy lat 18. Jest dobrze zbudowany, zwłaszcza mięśnie ma dobrze rozwinięte. Na skórze śniadej (Władysław C. jest Cyganem) widać odcień żółtaczkowy. O żółtaczce (słabego stopnia) upewnia zabarwienie spojówek gałki ocznej. Narząd krążenia nie przedstawia żadnych zmian. W okolicy podłopatkowej prawej stwierdza się przytłumienie na przestrzeni wielkości dłoni mężczyzny. W obrębie przytłumienia słyszy się oddech oskrzelowy. Wątroba niemacalna. Badanie śledziony niemożliwe z powodu gwałtownego bólu w okolicy podżebrza lewego. Bardzo silny ból mięśni łydek przy dotykaniu. Wybitna sztywność karku. Objaw Kerniga dodatni. Ciężki już bardzo w dniu przyjęcia stan Władysława C. pogarszał się szybko. Na czoło wszystkich objawów wysuwał się ból głowy, nie dające się niczem powstrzymać wymioty, coraz silniejsza żółtaczka, i ból w mięśniach łydek. Na skórze i błonach śluzowych nie było wybroczyn, ale chory często krwawił z nosa, i to obficie. Wypróżnienia miewał tylko po wlewaniach. Wypróżnienia były wodniste białe. Mocz zbadano tylko raz, tuż po przyjęciu Władysława C. Mocz zawierał białko i zwiększoną ilość urobilinogenu. Próba bilirubiny, i próba co do krwi (pyramidonowa), wypadły ujemnie. Moczu oddawał chory skąpo. Rzecz zrozumiała wobec tego, że chory prawie że nie korzystał z pokarmów. Cokolwiek wypił nawet wodę, wymiotował. Dnia 15. VI., 17. VI., 18. VI. i 19. VI. wypuszczono choremu płyn mózgowo-rdzeniowy. Przy pierwszem nakłuciu płyn był bezbarwny, przy drugiem i trzeciem był żółtawy, a dn. 19. VI. krwawy. Wydobycie płynu krwawego do tego stopnia, że był nieprzejrzysty, zastanowiło. Zastanowiło dlatego, że nakłucie kręgosłupa wykonano gładko, nie napotykając na żadne przeszkody. Wykonano więc po chwili drugie nakłucie, nieco wyżej. Powiodło się znowu bez zarzutu. I znowu otrzymano płyn krwawy do tego stopnia, że był nieprzejrzysty. Dlaczego? nie umiano sobie wytłumaczyć. Chory po wypuszczeniu płynu doznawał pewnej ulgi, ale tylko chwilowej. Po spadku ciepłoty zaczął moczyć pod siebie, a wymioty i bóle głowy jeszcze się wzmogły. Dnia 19. VI. o godzinie 17 dostał drgawek. W dwie godziny później t. zn. o 19, drgawki się powtórzyły, a o godzinie 20.30 nastąpiła śmierć.



Tablica III.

Rozbiór zwłok (L. prot. 505/30, obducent st. asyst. Zakładu Dr. Laszczka) odbył się w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. dn. 20. VI. w 12 godzin po śmierci.

2) Następujące szczegóły z obrazu anatomicznego zasługują na przytoczenie:

Barwa skóry śniadobrunatnawa z wyraźnym odcieniem żółtaczkowym, (widocznym zresztą w barwie wszystkich cieczy i tkanek oprócz tkanki nerwowej). Na skórze niema żadnych wybroczyn. W tkance podskórnej niema obrzęku. Mięśnie tułowia i kończyn są wszędzie barwy ciemnoczerwonej i mają połysk prawidłowy; wybroczyn wśród nich niema. Natomiast znajdują się liczne punktowane wybroczyny (petocie) na błonach opłucnych, na nasierdziu ,w śluzówce żołądka. Większe, bardzo liczne ogniska wybroczynowe wszędzie w obu płucach w postaci gęsto rozsianych twardawych guzków, wielkości ziarna pieprzu, o gładkim, ciemnoczerwonym przekroju, z którego za uciskiem dobywa się ciecz krwawa, bezpowietrzna, nie mętna; te ogniska wybroczynowe odbijają wyraźnie od otaczającego je bladoczerwonego, wilgotnego, powietrznego miąższu. W błonie śluzowej oskrzeli i tchawicy niema wybroczyn, pokrywa ją jednak warstwa śluzu krwawo zabarwionego. W oponie twardej pokrywającej stok Blumenbacha. widać po stronie lewej płaską wybroczynę wielkości fasoli. Pomiędzy rdzeniem kręgowym a oponą twardą znajduje się w dolnej części piersiowej na przestrzeni około 15 cm duży skrzep krwi, ciemno-wiśniowy, soczysty, wiotki. Nigdzie indziej wybroczyn, ani krwotoków niema.

Wymiar podłużny s e r c a wynosił 10 cm, poprzeczny 10 cm, grubość 4.5 cm, ściany komór nieco zgrubiałe. Jamy prawej po-

łowy serca nieco rozszerzone, zawierają wiotkie, soczyste skrzepy krwi, w dolnej warstwie wiśniowe, w górnej żółtawe. Beleczki mięsne i mięśnie brodawkowe w komórce prawej są nieco zgrubiałe i przypłaszczone. Barwa mięśnia sercowego różowoszarawa, rysunek nieco zatarty, połysk przyćmiony. W tętnicy głównej, dość wąskiej (obwód w ujściu 4.8 cm, w łuku 4.5 cm, nad przeponą 4 cm) i cienkościennej znajduje się tuż nad zastawkami i w łuku po kilka nacieków lipoidowych, dochodzących średnicy ziarnka pieprzu.

Śledziona waży 140 g, jej wielkość, kształt, i zbitość są prawidłowe, torebka cienka, gładka; na przekrojach miąższ jest barwy bladoczerwonej, jędrny, grudki śledzionowe bladoróżowe, prawidłowej wielkości.

Wątroba waży 1650 g, jej kształt i zbitość są prawidłowe, torebka cienka, gładka, połyskująca. Przekrój miąższu gładki, barwy bladoczerwonoszarawej z odcieniem żółtaczkowym; rysunek miąższu nieco zatarty, połysk przyćmiony, miąższ jest jędrny. Woreczek słabo wypełniony żółcią.

Nerka prawa waży 220 g, lewa 230 g, obie są powiększone, ogólnego kształtu prawidłowego, nieco wiotkie i miększe. Torebka właściwa jest cienka, gładka i łatwo dają się oddzielić. Powierzchnia nerek podzielona płatowato płytkiemi wąskiemi bruzdami, zresztą zaś gładka, barwy szarawoczerwonej z odcieniem żółtaczkowym. Tejże barwy jest miąższ na przekroju; połysk przekroju przyćmiony. Rysunek miejscami nieco zatarty. — Kora nadnerczy jest zwężona; innych zmian niema w nadnerczach. Kał w jelitach, nie jest odbarwiony.

Nieco powyżej zgrubienia lędźwiowego występuje z rdzenia kręgowego guzek wielkości małego bobu, dość twardy, białawożółty nie zrosły z oponą twardą (mikroskopowo: glejak).

Gruczoły chłonne nigdzie nie są powiększone, a gołem okiem nie stwierdza się w nich zmian prócz pylicy w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych.

Z badań mikroskopowych przytoczymy tylko to, co dotyczy zmian wprawdzie nie swoistych dla choroby Weila, ale szczególnie często w niej spotykanych.

W preparatach (sporządzonych przez asyst. Dr. Białka i Dr. Laszczkę) znalazłem krętki, szczególniej w nerkach, zwłaszcza w granicznym pasie substancji korowej i rdzeniowej. Ze zmian histologicznych w nerkach uderza najbardziej martwica wielu komórek nabłonkowych w cewkach krętych, w których czasem ledwo w jednej lub dwu komórkach nabłonkowych widać prawidłowo barwiące się jądra, w innych zaś jąder nie widać. Daleko lepiej utrzymane są komórki w pętlach Henlego i we wstawkach. Wnętrza cewek są wypełnione różnokształtnemi grudkami szklistawemi, niekiedy kształtem i wielkością sprawiającemi wrażenie złuszczonych, obumarłych komórek. Krwinki czerwone. W kłębuszkach, w przestrzeniach okołokłębuszkowych i w torebkach kłębkowych zmian niema. Pomiędzy cewkami napotyka się gdzieniegdzie, jakby ogniskowo, po kilka naczyń włosowatych rozszerzonych i przepełnionych krwinkami czerwonemi, czasem drobne wybroczyny. Na pograniczu kory i substancji rdzeniowej, znajdują się między cewkami dość gęste niewielkie nacieki, złożone najwyżej z kilkunastu komórek, przeważnie leukocytów wielojądrzastych, w znacznie mniejszej części limfocytów, a wyjątkowo napotyka się komórki zbliżone do plazmatycznych. Podobne, ale mniejsze, z kilku ledwo komórek złożone nacieki, spotyka się o wiele rzadziej wśród istoty korowej. Zmiany w wątrobie, oprócz zwyrodnienia miąższowego, ograniczają się do dość wyraźnej dyssocjacji, nieznacznego rozszerzenia śródbeleczkowych przewodów żółciowych w środku zrazików około żyłki środkowej; tu też w przewodzikach i w komórkach wątrobnych znajdują się złogi żółciowe. Komórki wątrobne są jakby obrzękłe, zaokrąglone. Jądra komórek wątrobnych barwią się przeważnie prawidłowo, z wyjątkiem zrzadka rozrzuconych komórek pomniejszonych, w których protoplazma barwi się eozyną, a jądro jest zagęszczone (pyknotyczne). Gdzieniegdzie napotyka się w komórkach wątrobnych jądra duże, nieraz podwójnej wielkości, o zrębie chromatynowym również delikatnym, jak w innych jądrach. Czasem zdarzają się komórki wątrobne o dwu jądrach. Parę razy zaś napotkałem karjokinezę. Naczynia włosowate krwionośne wąskie zawierają mało krwinek czerwonych, słabo i niejednostajnie się barwiących, oraz gdzieniegdzie grudki sprawiające wrażenie okruchów krwinek czerwonych. Komórki Browicz-Kuppfera napęczniałe, często, zwłaszcza w obwodowych częściach zrazików zawierają ziarenka czarnego (poformalinowego) barwika. Obrazów erytrofugji napotkałem niewiele, złogów barwika żółciowego w tych komórkach nie napotkałem. W tkance łącznej, należącej do torebki Glissona zdarzają się bardzo rzadko gromadki z kilkunastu limfocytów, bardzo przeważnie jednak nie ma tu żadnych zmian.

Również w śledzionie nie napotkałem wybitnej erytrofugji, zaledwo gdzieniegdzie zdarza się widzieć w komórkach jakby odłamki krwinek.

W mięśniach łydki wiele włókien bez prążkowania poprzecznego, szklisto zmienionych, niektóre rozpadłe już na grudki nieregularnych kształtów; miejscami tam, gdzie włókno mięsne już się rozpada, są pomnożone jądra mięsne, leżą gromadkami, po kilka również w tkance łącznej miejscami gromadki młodych fibroblastów.

Cały obraz zmian w mięśniach, zgodny z opisami innych autorów, którzy określają te zmiany jako zwyrodnienie szkliste; zdaniem mojem niesłusznie, bo zmiany te są zupełnie takie same, jak w zwyrodnieniu woskowem.

W mięśniu sercowym prążkowanie poprzeczne nieco zatarte, miejscami fragmentacja; innych zmian nie znalazłem.

Dla każdego, kto znał chorego, kto szukał u niego na powłokach zewnętrznych wybroczyn, i to nie raz, a nie znalazł ich ani śladu, dla każdego — obfite i mnogie wybroczyny krwawe stwierdzone po otwarciu zwłok w różnych narządach, — stanowiły widok zgoła nieoczekiwany! Z drugiej strony, skrzepy krwi wypełniające kanał kręgowy, tłumaczyły dosadnie własności płynu mózgowo-rdzeniowego z dn. 19. VI.

Już po śmierci Władysława C., bo dnia 2. VII. padła świnka morska szczepiona krwią jego dn. 17. VI. Narządy padłej świnki przedstawiały obraz właściwy żółtaczce zakaźnej. W rozcierkach z wątroby i nadnerczy stwierdzono krętki *spirochaete icterohaemorrhagiae.*

Żółtaczka zakaźna u Władysława C., w ciągu dziewięciu dni doprowadziła do śmierci.

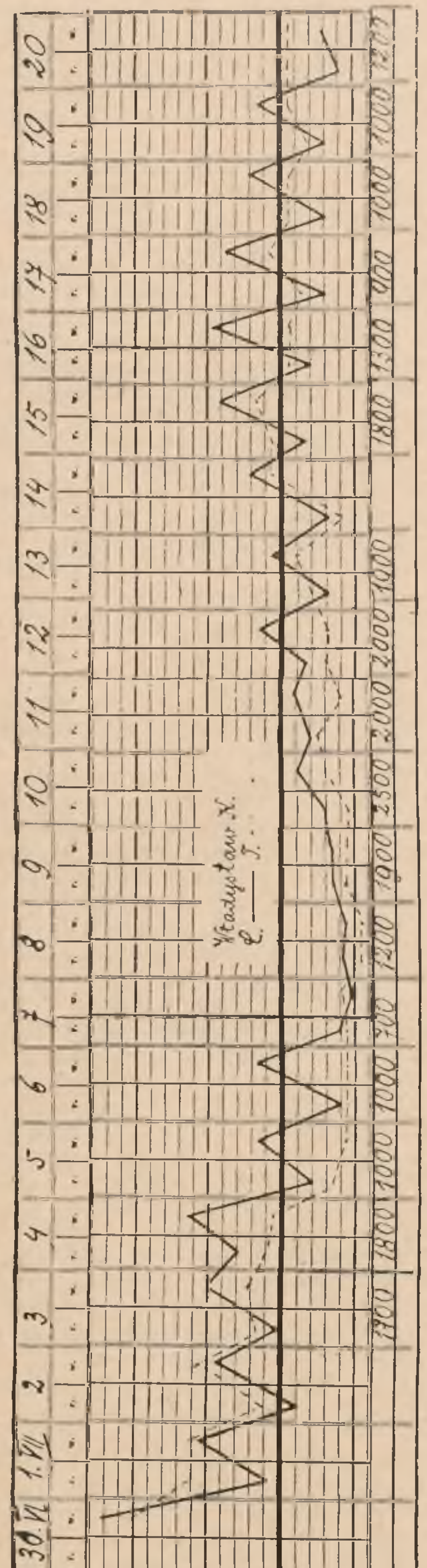
4) W 1930 r. dnia 30. czerwca przybył Władysław K. Liczy lat 19. Przed kilku miesiącami miał mieć dolegliwości jelitowe połączone z wymiotami i żółtaczką. Potem czuł się zupełnie zdrowym. Dopiero 27. VI., dostał kłucia w piersiach, począł kaszleć, i uczuł ból w łydkach. Dnia 28. VI., wymiotował i miał bóle brzucha. Obecnie gorączkuje, jest osłabiony, ale przedewszystkiem dokuczają mu bóle głowy i łydek. W narządach wewnętrznych nie znaleziono zmian. (Wątroba i śledziona nie były wyczuwalne, ani w dniu przyjęcia ani później). Przy badaniu bolesne były, okolica żołądka i podżebrza prawego, — ale przedewszystkiem mięśnie łydek. Nazajutrz po przyjęciu chorego wystąpiła żółtaczka, która się stopniowo wzmagała. Stolce chory miewał to jasno-brunatne, to szaro-żółte. Mocz zawierał bilirubinę, zwiększoną ilość urobilinogenu i białko. W osadzie stwierdzono krwinki białe, bardzo liczne krwinki czerwone, i wałeczki szklisto-ziarniste. Chory od czasu do czasu krwawił z nosa, i odpluwał plwocinę śluzowo-krwawą. Dnia 4. VII., t. zn. w przeddzień spadku gorączki był zamroczony. Po spadku gorączki chory wracał do sił; znikły bóle głowy i mięśni, a żółtaczka znacznie zelżała. Po pięciu dniach bezgorączkowych, znowu zagorączkował. W tym czasie stracił łaknienie które już było wróciło, i skarżył się na ból głowy. Bóle w mięśniach się nie odnowiły, żółtaczka nie wzrastała. O zachowaniu się wątroby i śledziony była już mowa. W moczu utrzymywały się nadal tesame nieprawidłowe składniki. Ilość moczu była jak przedtem, tak i teraz dostateczna, w niektóre dni nawet obfita. Władysław K., w kilka dni po ustąpieniu gorączki, czuł się dobrze, chciał wstawać. Żółtaczka znikła wkrótce, zaś zmiany w nerkach, na które wskazywały własności moczu, ustąpiły w ostatnich dniach lipca, tak, że Władysław K. opuścił szpital 2. VIII., po zupełnym powrocie do zdrowia.

Tak jak u trzech poprzednich chorych, tak i u Władysława K., kierując się temi samemi względami, szczepiono krew świnkom morskim dn. 1. VII. Niektóre z nich padły dnia 10. VII. względnie 11 VII. W narządach padłych świnek stwierdzono zmiany cechujące żółtaczkę zakaźną. Znaleziono krętki.

U Władysława K., w ciągu pierwszych dziesięciu dni gorączki, był szereg objawów spotykanych w przebiegu żółtaczki zakaźnej, — w czasie wtórnej gorączki, chory był tylko osłabiony, skarżył się na bóle głowy i brak łaknienia. Zapalenie nerek trwało niespełna pięć tygodni.

A teraz następuje kilka szczegółów dotyczących chorego, u którego podejrzewano żółtaczkę zakaźną. Chodzi mianowicie o Salomona G. Przyniesiono go na oddział zakaźny nieprzytomnego, w stanie beznadziejnym, dn. 14. lipca 1930. Od siostry jego dowiedziano się, że Salomon G. liczy lat 22. Zachorował mniej więcej przed 10 dniami, wśród objawów „żołądkowych". Po kilku dniach pożółkł. Już jako żółty miał się kąpać we Wiśle

dn. 10. VII. Dnia 12. VII. wieczorem zaczął mówić od rzeczy i był podniecony. Nazajutrz stracił przytomność. Na oddziele jej nie odzyskał. Przy bardzo oględnem badaniu, ze względu na stan chorego, w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych



Tablica IV.

zmian. Natomiast na powłokach zewnętrznych uderzała silna żółtaczka. Ciepłota wynosiła 36.2° C, tętno 92. Nie znajdując wytłumaczenia dla całości obrazu klinicznego, pomyślano, czy i w tym wypadku nie chodzi o żółtaczkę na tle krętków? Z tego powodu pobrano choremu krew i wstrzyknięto dootrzewnowo świnkom morskim. Chory po kilku godzinach pobytu w szpitalu umarł. Minęło kilka tygodni od zaszczepienia krwi Salomona G. świnkom morskim, a żadna z nich nie dostała żółtaczki i nie padła na nią. Toteż dzisiaj zastanawiając się nad schorzeniem, jakiemu uległ Salomon G., należy powiedzieć: wobec krótkiego czasu spostrzegania chorego, i wobec ujemnego badania na krętki żółtaczki zakaźnej — ani ze stanowiska klinicznego ani pod względem etjologicznym istota choroby Salomona G. jest niewyjaśniona. Jeśli mimo to mowa w tem miejscu o Salomonie G., to tylko ze względu na wynik badania pośmiertnego, który nie pozwala wprawdzie stanowczo rozpoznawać choroby Weila, ale wskazywałby na nią z takiem przynajmniej prawdopodobieństwem, z jakiem za przypadki choroby Weila uchodzą spostrzeżenia Brodowskiego z Duninem i nowsze Bönninga.

G. Salomon lat 22.

Z protokołu sekcji wykonanej w 10 godzin po śmierci w Zakładzie anatomji patologicznej Uniw. Jag. (L. prot. 576, obducent: asyst. Zakładu Dr. St. Nowak), przytoczyć należy następujące szczegóły:

Silne żółtaczkowe zabarwienie skóry (jakoteż wszystkich cieczy i tkanek z wyjątkiem tkanki nerwowej). Wybroczyn na skórze nigdzie niema. Podściółka tłuszczowa podskórna w ilości prawidłowej. Niema obrzęków podskórnych, ani puchliny jam surowiczych.

Wybroczyny nieliczne, dochodzące do wielkości złotówki srebrnej, znajdują się na przedniej stronie i zboku klatki piersiowej w mięśniach VIII—X międzyżebrza. Bardzo liczne wybroczyny, dochodzące od wielkości główki od szpilki do wielkości grosza, są rozsiane w opłucnych tak ściennych jak trzewnych, szczególnie gęsto w opłucnych dolnych płatów płuc oraz w dolnotylnych częściach opłucnych ściennych. Również bardzo liczne wybroczyny, dochodzące rozmiarów grochu, często zlewające się ze sobą, zawiera miąższ płatów dolnych obu płuc, a kilka takich wybroczyn znajduje się także w dolnej części górnego płatu prawego płuca. W dolnych odcinkach płatów dolnych wybroczyny te leżą tak gęsto i w tylu miejscach ze sobą się zlewają, że te odcinki sprawiają zrazu wrażenie, jakby całe były naciekłe krwawo. Poza obrębem wybroczyn jest miąższ płuc powietrzny, różowy, miernie wilgotny. W oskrzelach i tchawicy niema wybroczyn, śluzówka jest jednak pokryta dość obficie krwawo zabarwionym śluzem. W nasierdziu tylko kilka petoci wielkości główki od szpilki na przedsionku lewym.

Otrzewna tak ścienna, jak zwłaszcza jelitowa, wygląda bardzo pstro wskutek nader licznych wybroczyn, od rozmiarów główki szpilki do rozmiarów grosza, a nawet i większych (w jamie otrzewnej niema krwi, ani żadnej wogóle cieczy).

Wymiar podłużny serca wynosi 12 cm, poprzeczny 11 cm, grubość 6 cm, grubość ściany lewej 11 mm, prawej 2 mm. Serce zawiera wiotkie, soczyste wiśniowe skrzepy krwi. Jamy prawej połowy serca nieco rozszerzone. Mięsień sercowy jest barwy różowawej, o rysunku i połysku zachowanym.

Wątroba waży 1610 g, jej kształt jest prawidłowy, zbitość nieco zmniejszona, torebka cienka, gładka, lśniąca. Na przekrojach miąższ wybitnie żółtaczkowo zabarwiony, o rysunku nieco zatartym; miąższ przy prawym brzegu wątroby ma na przekroju rysunek wyraźniejszy, barwę czerwieńszą; połysk wszędzie zachowany. Pęcherzyk żółciowy zawiera bardzo mało gęstego, żółtawoszarawego śluzu, dość silnie trzymającego się śluzówki, która — jak i reszta ściany pęcherzyka — jest niezmieniona. Przewody żółciowe drożne, prawidłowe.

Nerka prawa waży 140 g, lewa 150 g; obie są prawidłowej wielkości i kształtu, nieco miększe. Torebka właściwa jest cienka i łatwo daje się oddzielić. Powierzchnia nerek jest gładka, barwy różowożółtawej. Na przekroju rysunek jest nieco zatarty, połysk przyćmiony, barwa różowożółtawa.

Żołądek zawiera dość dużo treści płynnej, krwawej; śluzówka pokryta śluzem brudnokrwawym, luźno przylegającym, grubsza, groszkowana, bez wybroczyn. W dwunastnicy treść płynna, smołowata, śluzówka niezmieniona. W jelicie cienkiem i grubem treść mazista, łupkowoszara, silnie cuchnąca.

Opis mikroskopowy ograniczamy podobnie, jak w poprzednim przypadku do narządów, ulegających w chorobie Weila stale zmianom.

Co do krętków wynik badania mikroskopowego nerek był niepewny. W wątrobie znajdują się liczne ogniska martwicze ,zajmujące środek zrazików, niekiedy tak rozległe, że zaledwo na samym tylko obwodzie zrazika barwią się jądra komórkowe. W obrębie ognisk martwiczych bardzo znaczna dyssocjacja, obumarłe komórki wątrobne i śródbłonkowe tylko w części są utrzymane, a wtedy zaokrąglone i jakby napęczniałe, przyczem w protoplazmie komórek wątrobnych często widać drobne złogi barwika żółciowego; w części jednak komórki rozpadły się na

okruchy, bezładnie leżące, wśród których trafiają się grudki sprawiające wrażenie okruchów krwinek czerwonych i nieliczne kropelki tłuszczu, zdarzające się także w nierozpadłych, ale już obumarłych komórkach wątrobnych. W komórkach nieobumarłych zdarzają się pyknotyczne jądra. Mitoz ani dwu jąder w komórkach wątrobnych nie napotkałem. Przewody żółciowe w międzyzrazikowych polach łącznotkankowych (torebce Glissona) wydają się liczniejsze, niż zwykle. Cały obraz jest z wielu względów zbliżony do obrazu wczesnych okresów ostrego żółtego zaniku, tylko martwica jest mniej rozległa, a ślady stłuszczenia o wiele mniejsze, niż w ostrym żółtym zaniku.

W nerkach są wyraźnie stłuszczone nabłonki we wszystkich cewkach krętych i w grubszem ramieniu pętli Henlego, przyczem tłuszcz znajduje się w podstawnych częściach komórek. Jądra nabłonków w pętlach wszędzie, a w cewkach krętych w wielu miejscach nie barwią się wcale; gdzieniegdzie są całe pola cewek krętych, w których wszystkie nabłonki są nekrotyczne. W świetle cewek zdarzają się zrzadka wałeczki szkliste, częściej grudki szklistawe, niekiedy kształtem i wielkością sprawiające wrażenie złuszczonej komórki nabłonkowej. Jednakże nigdzie niema obfitszego łuszczenia się nabłonków. Nacieków leukocytowych ani limfocytowych nigdzie między cewkami nie znalazłem; co najwyżej trafiają się (zrzadka) po 2—3 leukocyty. Naczynia krwionośne przekrwione ogniskowo, podobnie jak w pierwszym przypadku; wybroczyn niema. W kłębkach i torebkach nie zdołałem znaleść żadnych wogóle zmian.

W śledzionie obrazy histologiczne nie odbiegały od zwykłych obrazów obrzęku ostrego.

W mięśniach łydki, niektóre włókna wyglądają szklisto i nie mają prążkowania poprzecznego. Rozpadu włókien ani pomnożenia jąder nie napotkałem.

W mięśniu sercowym nie znalazłem zmian histologicznych.

Z gruczołów chłonnych są tylko pyliczo zmienione gruczoły oskrzelowe i śródpiersie, inne niezmienione.

Chociaż zasadnicze cechy anatomopatologiczne krętkowej żółtaczki zakaźnej są już ustalone na podstawie ponad 100 przypadków [1]) zbadanych pośmiertnie nowoczesnemi metodami mikroskopowemi, to jednak wymagają jeszcze wyjaśnienia niektóre różnice w spostrzeżeniach sekcyjnych i mikroskopowych dla wyrównania poglądów na drobniejsze szczegóły. Za zasadnicze zmiany w chorobie Weila uznano zgodnie:

1) żółtaczkę zwykle bardzo wybitną, przyczem przewody żółciowe są zawsze zupełnie drożne, pęcherzyk żółciowy często słabo wypełniony, czasem prawie próżny, a treść jelit niejednokrotnie odbarwiona, gliniasta; 2) liczne wybroczyny w wielu narządach, zwłaszcza w skórze, błonach surowiczych i śluzowych; 3) ciężkie zapalenie nerek; 4) zwyrodnienie mięśni, zwłaszcza łydek; 5) obecność krętków w różnych narządach w pierwszych dniach choroby głównie w wątrobie, później przedewszystkiem w nerkach. Ten zespół zmian pozwala zwykle odróżnić anatomicznie chorobę Weila od innych żółtaczek zakaźnych lub wikłających choroby zakaźne. W żółtej febrze i w ostrym zaniku wątroby powstaje przedewszystkiem znaczne stłuszczenie i rozległa martwica komórek wątrobnych, które w chorobie Weila rzadko się w tej postaci zdarzają; w żółtym ostrym zaniku nie znajduje się w narządach krętków. Niema ich też w połączonych z żółtaczką sprawach durowatych, które przytem odróżniają się bardzo znacznym ostrym obrzękiem śledziony. Takiż obrzęk towarzyszy gorączce powrotnej, w której żółtaczka nie jest częstą, a nadto w której krętki znajduje się przedewszystkiem w śledzionie, a nie w nerkach lub wątrobie.

Wymieniony (pod 1 do 4) zespół zmian anatomicznych jest dość charakterystyczny, aby można przypuścić chorobę Weila nawet wtedy, jeśli nie powiedzie się znaleść krętków w narządach wziętych ze zwłok. Według bowiem Kaneko znajduje się przy pośmiertnem badaniu mikroskopowem zwykle krętków niewiele, choćby za życia zapomocą wstrzyknięcia krwi chorych morskim świnkom łatwo dawały się wykryć. W wątrobie, wedle tego autora, trudno wykryć krętki czasem począwszy już od 5—6 dnia choroby; po tym terminie znajduje się je raczej w nerkach i innych narządach, ale im później, tem trudniej, a w zwłokach zmarłych pod koniec choroby nieraz niepodobna ich wykryć. To znikanie krętków z narządów w miarę postępu choroby przypisuje Kaneko działaniu powstających w ustroju ciał odpornościowych, tworzących się już wcześnie i szybko narastających.

Do głównych cech anatomicznych dodaje Kaneko jako właściwe chorobie Weila następujące szczegóły: brak typowego obrzęku śledziony, brak ognisk ropnych, brak rozleglejszych ognisk martwiczych w narządach miąższowych i mięśniach, pojawianie się w różnych narządach ogniskowych niewielkich i rzadkich nacieków złożonych głównie z limiocytów, prawie zupełny brak stłuszczeń narządów miąższowych, częste pojawianie się wybitnej erytrofagocytozy i rozpadu krwinek czerwonych w śledzionie, wątrobie i gruczołach chłonnych.

Jednakże z opisów rozmaitych spostrzeżeń dotąd ogłoszonych wynika, że te dodatkowe cechy nie są stałe; co więcej, nawet wśród głównych cech zdarzają się odchylenia, mogące mieć znaczenie zarówno dla anatomo-patologicznego, jak i dla klinicznego rozpoznania sprawy

Ze względów klinicznych zasługują na uwagę przedewszystkiem wybroczyny i stan śledziony. Pospolicie uchodzą wybroczyny w skórze za nieodłączny lub prawie nieodłączny objaw choroby Weila. W obu naszych przypadkach nie było ich jednak wcale, kontrast z narządami wewnętrznemi przez to szczególnie uderzał. Godzi się podkreślić, że brak lub mała ilość wybroczyn skórnych zdarza się, sądząc z piśmiennictwa, wcale często, przeszło w 1/4 przypadków; nawet Kaneko sam oblicza częstość wybroczyn w skórze w swoich spostrzeżeniach tylko na 73.8%. Odrazu też należy tu wspomnieć, że wybroczyny także w narządach wewnętrznych rozmieszczają się rozmaicie. W obu naszych przypadkach na przykład nie było ich wcale widać w tkance błon śluzowych przy sekcji, chociaż krwawe zabarwienie śluzu w drogach oddechowych w obu przypadkach, a treści żołądka i dwunastnicy w drugim przypadku przemawiałoby za broczeniem z błon śluzowych za życia. W błonie otrzewnej nie było wcale wybroczyn w naszym pierwszym przypadku, w drugim zaś było w nasierdziu zaledwo kilka petocji. Zresztą i Kaneko podaje częstość wybroczyn w otrzewnej w swoim materjale tylko na 52.4%, w opłucnej tylko na 50%; w nasierdziu wprawdzie na 71.4%, wiadomo jednak, że tam drobne petocje są zjawiskiem banalnem.

Stan śledziony również nie da się określić tak szablonowo, jak to podaje Kaneko. A ma on przecież wagę w klinicznej ocenie symptomatologicznej. W Japonji Kaneko wprawdzie nie spotykał obrzęku śledziony i zaledwo w 5 jego spostrzeżeniach (11.9%) waga śledziony przekraczała średnią wagę prawidłowej śledziony Japończyków t. j. 200 g, a z tych przypadków w 3 była marskość wątroby, a w 2 powikłanie ropnicą. Ten brak obrzęku śledziony wydawał się Kaneko swoistym dla japońskiej postaci choroby Weila w przeciwieństwie do postaci europejskiej, gdzie sam Weil podawał obrzęk śledziony, jako jeden z najważniejszych objawów, a inni autorowie także niekiedy go spotykali. Znalazłszy obrzęk śledziony tylko w przypadkach powikłanych innemi sprawami, które go same przez się mogły wywołać, nie przypisuje Kaneko znaczenia spostrzeżeniom europejskim, podnosząc, że stan śledziony albo określano w nich tylko ogólnikowo, i to często wyrazem „dosyć“ lub „miernie“ powiększona śledziona, albo jak n. p. Miller uznawano za obrzękłe śledziony już ponad 120 g wagi. Z naszych obu pośmiertnie badanych przypadków w pierwszym była śledziona stanowczo powiększona, w drugim stanowczo znacznie obrzękła (320 g). Różnic w spostrzeżeniach nie należałoby naszem zdaniem tłumaczyć odrębnością japońskiej postaci choroby Weila od postaci europejskiej; nie można też lekceważyć spostrzeżeń europejskich dlatego, że obrzęk śledziony nie był znaczny, albo określany ogólnikowo, a nie wagą. Raczej należałoby przypuścić, że różnice stanu śledziony mogą zależeć od okresu choroby i od wypadkowej stosunku siły zakażenia do stanu ustroju. Wszak nawet w Japonji Inada i Ido stwierdzali klinicznie obrzęk śledziony w 16.7% przypadków choroby Weila, a tylko w 5.6% przypadków wczesnych, przed 10 dniem choroby (Kaneko 1.). Brak obrzęku śledziony w pierwszym z naszych przypadków, gdzie śmierć zaszła już w 9 dniu, byłyby z tem w zgodzie. Conajmniej — należałoby, jak sądzimy, stanąć na tem stanowisku, że stwierdzenie obrzęku śledziony nie

---

[1]) Najwięcej przypadków śmiertelnych — 42 z Japonji — zbadał Kaneko, który na nich oparł obszerną anatomopatologiczną monografję choroby Weila, wydaną przed 8 laty. Liczniejszemi spostrzeżeniami rozporządzali Lepehne (18 sekcyj), Pick (16 sekcyj), Miller (10 sekcyj), Oberndorfer (6), M'Nee i Beitzke (po 5), cała zaś reszta przypada na pojedyncze spostrzeżenia.

Wszystkie przypadki badane pośmiertnie, a ogłoszone do r. 1922, zestawił we wspomnianej pracy Kaneko. Późniejszych spostrzeżeń zdołaliśmy w piśmiennictwie znaleść tylko dwa: Goudsmita z Hammerem i Wolffem (1925) i Bonninga (1927), w którem zresztą nie znaleziono krętków, jeżeli nie liczyć 2 przypadków Kathego, tak zwanej gorączki błotnej, uważanej przez tego autora za jedną z postaci choroby Weila, czemu znów jednak Baschenin stanowczo się sprzeciwia.

wyklucza wprost istnienia zakażenia krętkiem Inady i niekoniecznie w przypadkach choroby Weila musi być uważane za skutek wikłającego ją zakażenia dodatkowego.

Tłumaczenie różnic w najważniejszych zmianach mikroskopowych zależnością od okresu choroby i od wypadkowej stosunku siły zakażenia do stanu ustroju i stanu oraz stopnia oddziaływania poszczególnych jego narządów i tkanek nasuwa się samo przez się także co do innych spornych szczegółów. Sam Kaneko w ten sposób po części tłumaczy różnice w histopatologicznym obrazie wątroby, stwierdzając na przykład, że w spostrzeżeniach europejskich, dotyczących przeważnie wczesnych okresów choroby, rzadko znajdowano rozszerzenie przewodów żółciowych włosowatych w środku zrazików i zastój w nich żółci, gdy w jego spostrzeżeniach, przeważnie z późniejszych okresów choroby, zmiana ta była stałą i bardzo charakterystyczną. Być więc może, że i najcięższe zmiany w wątrobie, w postaci rozległej martwicy, zbliżonej stopniem do żółtego ostrego zaniku, opisywane przez niektórych autorów europejskich (Pick, Hart, Beitzke), (znalezione także w naszym drugim przypadku śmiertelnym), a podawane w wątpliwości przez Kaneko, który ich nie widywał, zależały od okresu choroby, ale nietylko od tego, lecz również od siły zakażenia, stanu narządu w czasie działania zarazka. Wedle tego też stopień i rodzaj zmian w wątrobie może być różny, a znów zależnie od tych różnic także i wydzielanie i wydalanie żółci (stąd i jakość treści jelit) będzie się w poszczególnych przypadkach wahać. Łatwo zrozumieć, że takież wahania mogą zachodzić w wątrobie co do stanu komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, stopnia ich erytrofagocytozy i co do nacieków limfocytów w tkance łącznej międzyzrazikowej (torebce Glissona), które to sprawy w naszych przypadkach były ledwo zaznaczone.

Zmiany nerek należą w chorobie Weila do najważniejszych i najstalszych. Chociaż jednak gołemu oku przedstawiają one obraz, mniej lub więcej wyraźnie przemawiający za zapaleniem ostrem, to opisy zmian mikroskopowych są dosyć rozbieżne, w każdym razie więcej, niż opisy zmian wątroby. Pomijamy postać wybitnie krwotoczną, oraz znaczniejsze stłuszczenie, jako opisywane tylko wyjątkowo (Beitzke), a z drugiej strony — zwyrodnienie miąższowe przy braku większych stłuszczeń i mniej lub więcej rozległą martwicę nabłonków cewek krętych, jako znów zgodnie stwierdzoną przez bardzo wielu badaczy. Ale gdy jedni nie wspominają o złuszczaniu się nabłonków, to inni (Kaneko) widywali często, tak znaczne, że światło cewek było zatkane złuszczonemi komórkami. W cewkach, zwłaszcza prostych, leżą nieraz liczne wałeczki lub cylindoidy, kiedyindziej, jak n. p. także i w naszych przypadkach, wałeczków w cewkach niema lub jest mało. W torebkach Bowmana znajdowano zwykle ścięte jednostajnie lub grudkowato — białko, czego w naszych na przykład przypadkach nie było, a niektórzy widywali (Hart, Busch, Beitzke) bujanie nabłonka w kształcie półksiężyca. Same kłębuszki nie bywają zresztą zmienione. Nacieki komórkowe pomiędzy cewkami są przez większość autorów opisywane, ale jedni podają, że są one złożone przeważnie z limfocytów (Beitzke, Herxheimer, Hart, Kaneko) z mierną domieszką leukocytów, drudzy, że głównie gromadzą się tu leukocyty wielojądrzaste (Stokes), nasz przypadek pierwszy, inni znajdowali szczególnie obficie leukocyty eozynochłonne (które Pick uważa nawet za znamienne dla choroby Weila) gdy przeciwnie Kaneko sądzi, że tak te komórki, jak i leukocyty wielojądrzaste są zapewne tylko wyrazem powikłań. Również rozmaicie bywa opisywany udział komórek plazmatycznych w naciekach, znalezionych w różnej ilości przez Aschoffa, Herxheimera, Picka, Millera, Kaneko (w naszym pierwszym przypadku tylko nielicznie), nie znajdowanych przez Beitzke'go. Kaneko wspomina o proliferacji komórek łącznotkankowych, mniema jednak, że wtórna marskość nerek może się zdarzyć tylko w przypadkach z powikłaniami; przeciwnie niektórzy (przytoczeni przez Kaneko: Stokes, Martin, Petit, Garnier, Reilly), opisują marskość w toku lub jako następstwo zmian nerek w chorobie Weila.

Nie wydaje nam się słusznem usiłowanie wciśnięcia zmian nerek w chorobie Weila w jeden szablon i odrzucania z ich obrazu histopatologicznego w tej chorobie szczegółów rzadziej spotykanych pod pozorem, że są to „zapewne" skutki przypadkowych powikłań, jak to czyni Kaneko. Wszak badanie histopatologiczne chwyta w każdym poszczególnym przypadku tylko pewien moment sprawy chorobowej, obraz morfologiczny chwilowego stanu, który nie zawsze pozwala przesądzać o stanach, jakie w toczącym się, postępującym lub ustępującym procesie poprzedzały stan uchwycony badaniem, lub jakieby po nim nastąpić mogły. Zamiast przeto szukać ubocznych okoliczności, logiczniej i prościej byłoby, naszem zdaniem, przypuścić, że i w nerkach, jak w wątrobie, odchylenia od najczęstszego obrazu zależą od okresu choroby, a zwłaszcza od tych wszystkich warunków, które określają jej ciężkość (siła zakażenia z jednej, a stan ustroju i każdego z narządów z drugiej strony).

Nikomu przecież nie przychodzi na myśl wyłączać rzadszych postaci zapaleń nerek w płonicy z ogólnego obrazu anatomopatologicznego tej choroby i uważać je za skutek dodatkowych powikłań, dlatego, że odbiegają one od tych postaci, które się w płonicy spotyka najczęściej. Takie samo stanowisko należy zająć wobec odchyleń od klasycznego obrazu, jakim może ulegać stan nerek w chorobie Weila.

W opisach zmian mięśni nie ma większych różnic; jedyne zmiany te należałoby zaliczać raczej do zwyrodnienia woskowego niż — jak to czynią niektórzy — szklistego.

Bardzo charakterystyczne światło rzucają zresztą na tę sprawę doświadczalne badania Hetzmanna na świnkach morskich, zakażonych zarazkami bądź febry żółtej, bądź zakażenie Sumatra, bądź krętkami Kaneka. Zmiany anatomiczne i histologiczne były tu bowiem zasadniczo takie same bez względu na rodzaj zakażenia. Dowiodło to raz jeszcze, że nie rodzaj zarazka, ale siła jego działania z jednej, a warunki ustroju zakażonego z drugiej strony rozstrzygają o tem, jakie zmiany anatomiczne powstaną w danym przypadku i że „swoistość" zmian wywołanych przez pewien określony zarazek, jest rzeczą bardzo względną.

Inne zmiany anatomiczne i histologiczne, opisywane w chorobie Weila, jak n. p. mierne rozszerzenie prawej połowy serca, zmiany w nadnerczach, w szpiku kostnym, gruczołach chłonnych, zmiany w przewodzie pokarmowym i drogach oddechowych, w gruczołach wewnętrzno-wydzielniczych, w komórkach nerwowych rdzenia i mózgu, — jako bądź to zmiany banalne, pospolite w wielu chorobach zakaźnych, bądź znów zmiany bardzo niestałe, nie stanowią już zgoła nic charakterystycznego dla krętkowej żółtaczki zakaźnej. Dlatego też uważamy za zbyteczne nad niemi tutaj się rozwodzić, podobnie, jak pominęliśmy je w opisie zmian histologicznych w obu naszych przypadkach. Również zbyteczną wydaje się nam rzeczą rozstrząsać pochodzenie i sposób powstawania żółtaczki w chorobie Weila; nie różnią się one bowiem od sposobu powstawania żółtaczki na jakiemkolwiek innem tle zakaźnem, uznanej dzisiaj bodaj powszechnie za żółtaczkę „krwiopochodną" w zmodernizowanem znaczeniu tego określenia.

Na zakończenie dodajemy: choroba u czterech pierwszych (Salomona G. nie uwzględniamy) przedstawiała znaczne różnice co do nasilenia przebiegu i jakości zejścia. Ale zarówno u najlżej — jak i u najciężej — chorego, nie stwierdzono wybroczyn na skórze, i na błonach śluzowych dostępnych badaniu bez wziernikowania. Że brak wybroczyn na powłokach zewnętrznych, raził obecnych przy rozbiorze zwłok Władysława C., o tem była mowa powyżej. U żadnego nie powiodło się wyczuć śledziony. Może dlatego także, że nie zawsze na to pozwalało zachowanie się powłok brzusznych. O braku wybroczyn w skórze, o niemacalnej wątrobie i śledzionie, wspominam z tej przyczyny ponieważ często opisy kliniczne żółtaczki zakaźnej inaczej mówią o nich, niż to było u naszych chorych. Czy zaburzenia jelitowe połączone z żółtaczką, na które cierpiał Władysław K., kilka miesięcy przed wystąpieniem żółtaczki zakaźnej, pozostają w jakimkolwiek związku z tą chorobą? — trudno orzec.

Zapewno nie uszło uwadze czytelnika, że omawiani chorzy, to sami mężczyźni, — dalej, że liczą po 18—20 lat, — i wreszcie, że wszyscy chorowali w miesiącach letnich. Trzech z nich — za wyjątkiem Władysława C. (Cygan) — kilka dni przed zachorowaniem kąpało się w Wiśle. Kąpiel miała miejsce bądź w obrębie, — bądź nieco poniżej — Krakowa [1]).

Piśmiennictwo.

1) Adamski: Badania nad morfologją i biologją krętka żółtaczki zakaźnej. Poznań 1924. — 2) Anigstein: Żółtaczka zakaźna. Przegląd epidemjologiczny. T. I. str. 135. — 3) Anigstein: Zarazek choroby Weila w szczurach warszawskich. Polska Gazeta Lekarska 1923 Nr. 10. — 4) Brodowski i Dunin: Przypadek

[1]) W związku z tem wspomnieć należy o badaniach Uhlenhutha i Hermanna z r. 1927, którzy utrzymują, że przez wieloletnie starania powiodło im się przekształcić niejadowitego krętka wodnego (spirochaeta pseudoicterogenes) znajdującego się w mule rzek i stawów, w odmianę jadowitą, która u morskich świnek wywoływała tesame zmiany anatomiczne, jak zarazek choroby Weila. (Medizinische Klinik 1927 Nr. 16).

tak zwanej choroby zakaźnej Weila. Gazeta Lekarska 1888, Nr. 37 str. 779. (po niemiecku: Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 1888, Tom 43). — 5) Gieszczykiewicz: O etjologji żółtaczki zakaźnej. Przegląd lekarski. 1921 str. 72. — 6) Gieszczykiewicz: Żółtaczka zakaźna w „Podręczniku chorób zakaźnych" pod red. Sterling-Okuniewskiego, Zeszyt III, Lwów—Warszawa, 1924. str. 49—63. — 7) Gieszczykiewicz i Kostrzewski: Przypadek żółtaczki zakaźnej. Polska Gazeta Lekarska 1925 str. 933. — 8) Gieszczykiewicz: Serodjagnostyka żółtaczki zakaźnej. Przegląd epidemjologiczny T. I. str. 353. — 9) Gryglewicz: Przypadek żółtaczki zakaźnej (choroby Weila). Gazeta Lekarska 1902, Nr. 6. str. 135. — 10) Nowakowski: Z badań nad epidemją żółtaczki. Lekarz wojskowy 1921. Nr. 51. — 11) Lubarsch: Pathologie der Weil'schen Krankheit. Ergebnisse der allgem. Pathologie u. der pathol. Anatomie 1919 Jahrg. XIX. Abt. 1. 12) Kaneko: Ueber die pathologische Anatomie der Spirochaetosis ictero-haemorrhagica Inada (Weil'sche Krankheit). Wien — Leipzig — München 1922 (Rikola-Verlag). 13) Henke-Lubarsch: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Tomy I część 2, str. 558, IV część 1 str. 38, IV część 2 str. 73, V część 1 str. 512—514 i 1003, V część 2 str. 298 i 778. — 14) Goudsmit, Hammer-Wolff: Ref. w Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie 1925 tom 36 str. 522. — 15) Heitzmann: Vergleichende pathologische Anatomie der experimentellen Gelbfieber-, Weil, und Sumatrainfektion. Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt 1926 Tom. 57, str. 48. — 16) Bönning: Ein Fall von Weil'schen Krankheit, verursacht durch einen Unfall. Münchener mediz. Wochenschrift. 1927, Nr. 38, str. 1628. — 17) Kathe: Das sogenannte Schlammfieber in den Jahren 1926/7. Zentralblatt für Bakteriologie, Originale, 1928 Tom 109, str. 284. — 18) Baschenin: Wasserfieberepidemie im Moskauer Gouvernement im Sommer 1928. Tamże 1929. Tom 113. str. 450.

Dr. Leon TOCHOWICZ, asyst. Kliniki. Kraków.

Badania kliniczne nad wpływem wody ze źródła „Karola" w Iwoniczu, na wydzielanie soku żołądkowego, treści dwunastnicowej oraz na przemianę spoczynkową.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyr.: Prof. Dr. T. Tempka.

Do ustalenia poważnego znaczenia balneologji w zakresie dzisiejszej medycyny, przyczyniają się w dużej mierze prace, dążące do wyświetlenia sposobu działania rodzimych wód mineralnych. W zrozumieniu tego doniosłego znaczenia, pierwsza Klinika wewnętrzna U. J. postawiła sobie za zadanie, między innemi, przebadanie systematyczne zdrojów polskich pod względem klinicznym i biologicznym w porównaniu z równorzędnemi źródłami zagranicznemi. W ten sposób przystąpiliśmy naprzód do badań nad źródłem „Karola" w Iwoniczu, przyczem dla porównania użyliśmy słynnej na cały świat solanki ze źródła „Rakocego" w Kissingen. Dla charakterystyki „Karola" przytaczam tu ostatni jego rozbiór chemiczny dokonany przed 6-ciu laty przez Trochanowskiego. Obok, dla porównania składu chemicznego „Karola" przytaczam też rozbiór chemiczny źródła „Rakocego". Wyniki rozbioru podane są w gramach na 1 litr wody.

	Zdrój „Karola"		Zdrój „Rakocego"	
Chlorek sodowy	8.66924	grm.	5.807	grm.
Bromek sodowy	0.03693	„	0.008308	„
Jodek sodowy	0.02349	„	—	
Dwuwęglan litowy	0.04292	„	—	
Dwuwęglan sodowy	2.95585	„	—	
Dwuwęglan wapniowy	0.39522	„	0.4280	„
Dwuwęglan strątowy	0.01516	„	—	
Dwuwęglan magnezowy	0.20078	„	1.215	„
Dwuwęglan żelazawy	0.00561	„	0.04863	„
Wolny bezwodnik kwasu węglowego	0.72572	„	2.056	„
Bezwodnik węglowy w całości	2.65713	„	brak danych	
Składniki stałe	11.35962	„	brak danych	
Ciężar właściwy wody	1.00920	„	1.00734	„
Ciepłota wody	9.5°	Cels.	10.7°	Cels.
Wydajność zdroju na dobę	134	Hl.	od 58-1150	Hl.
P. H. wody wytryskującej	6.9		brak danych	
P. H. wody butelkowej	7.5		7	
Chlorek potasowy	—		0.2788	mgr.
Azotan potasowy	—		0.01104	„
Chlorek litowy	—		0.01994	„
Chlorek amonowy	—		0.002918	„
Chlorek wapniowy	—		0.3458	„
Siarczan wapniowy	—		1.051	„
Dwufosforan wapniowy	—		0.005629	„
Kwas metakrzemowy	—		0.01680	„

Jak widzimy z powyższego rozbioru, w wodzie „Karola" pod względem ilościowym zajmuje pierwsze miejsce chlorek sodu, a mianowicie: 8.6 g na jeden kg wody, czyniąc tem samem z „Karola" silną solankę, ponadto widzimy, że bardzo wybitne miejsce zajmuje też jod, mianowicie jodek sodu w ilości 0.02349 g, czyniąc znowu „Karola" pod względem ilości zawartego jodu trzecią z rzędu ze znanych źródeł zagranicznych, wodę jodową po Hall i Heilbronn. Nadto obecność bromku sodowego charakteryzuje go jako solankę jodowo-bromową. Wreszcie stosunkowo znaczna obecność wolnego bezwodnika kwasu węglowego oraz alkaljów, zwłaszcza alkalicznych ziem, stawia „Karola" równocześnie wśród szczaw alkaliczno-ziemnych. Zagęszczenie jonów wodorowych w wodzie dostarczonej nam przed paru miesiącami, oznaczone przez nas przy pomocy indykatorów w ciepłocie pokojowej wynosi 7.5 pH, a więc woda ta posiada cechy wyraźnie alkaliczne; natomiast oznaczone pH przez Kmietowicza w wodzie wytryskującej ze źródła, wynosi 6.9, czyli widzimy, że woda wytryskująca bezpośrednio ze źródła stoi w pobliżu równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku jednakże przewagi jonów wodorowych. Stosując więc wodę butelkową stosujemy już wodę wyraźnie alkaliczną, co się tłumaczy utratą bezwodnika kwasu węglowego. Porównując teraz „Rakocego" z „Karolem" widzimy, że „Rakocy" jest słabszą solanką, nie zawiera zupełnie jodu, natomiast posiada cechy silniejsze szczawy alkaliczno-ziemnej. Badania jakie dotychczas przeprowadzono nad wodą „Karola" na I Klinice dadzą się podzielić na 3 grupy: 1) wpływ picia wody na wydzielanie soku żołądkowego, 2) na wydzielanie treści dwunastnicowej, i 3) na przemianę spoczynkową.

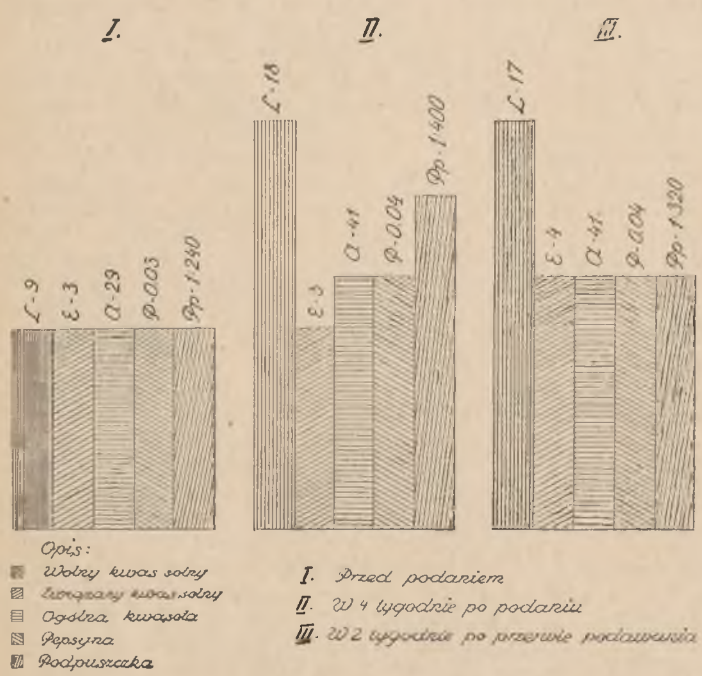
Pierwsza grupa badań obejmowała 20 chorych (11 chorych z spostrzeganych przezemnie i 9 chorych przez Dra Reichana). Rozpoznania chorych przezemnie spostrzeganych były następujące: dwóch chorych z prawidłowem zachowaniem się soku żołądkowego, jeden chory ze wzmożoną ciągłą kwasotą żołądka, sześciu chorych ze zmniejszonym wydzielaniem soku żołądkowego — i dwóch chorych z zupełnem bezsokiem żołądkowym. Czas spostrzegania każdego chorego trwał od 5 do 6 tygodni i dzielił się na 2 okresy. Pierwszy okres wstępny trwał od 7—10 dni. W ciągu tego czasu chory, obok diety zastosowanej do jego stanu chorobowego, otrzymywał roztwór fizjologiczny soli kuchennej podgrzanej do 40° C, bądź też o ciepłocie pokojowej w ilości 250 cm³, trzy razy dziennie na 15—20 minut przed jedzeniem. Roztwór soli fizjologiczny stosowaliśmy w tym celu, ażeby przy ocenie wyników stosowania wody Karola wykluczyć wpływ samej tylko masy wody, względnie energji cieplnej z nią wprowadzonej do ustroju, i ażeby tem samem wykazać działanie zawartych w niej elektrolitów czy to w postaci jonów czynnych, czy też w postaci katalizatorów. Okres drugi 4-ro tygodniowy tym się różnił od pierwszego, że chory zamiast roztworu fizjologicznego soli kuchennej otrzymywał wodę Karola w tej samej ilości, o tej samej ciepłocie i w tym samym czasie jak w pierwszym okresie.

Badanie soku żołądkowego u każdego chorego przeprowadzałem razem z kontrolnemi badaniami od dwóch do pięciu razy zawsze tylko po próbnem śniadaniu Ewalda-Boasa. U ośmiu z tych chorych oznaczałem tylko wolny kwas solny, związany i ogólną kwasotę, u trzech ostatnich zaś poza kwasotą soku żołądkowego oznaczałem nadto jeszcze pepsynę i podpuszczkę.

W wyniku tej grupy doświadczeń stwierdziłem po 4-ro tygodniowym piciu wody „Karola" u dwóch chorych z prawidłową kwasotą żołądka i chorego ze wzmożonem wydzielaniem kwasów żołądkowych podniesienie się wolnego kwasu solnego o 5—10°, jednocześnie o tyleż stopni spadały wartości związanego kwasu solnego. Ogólna kwasota soku żołądkowego u tych chorych pozostawała bez zmian. Najwybitniej dodatni wpływ podawania wody Karola uwydatnił się u sześciu chorych ze zmniejszoną kwasotą soku żołądkowego. U wszystkich tych 6-ciu chorych wydzielanie wolnego kwasu solnego wzrosło o 10—15 stopni, ogólna kwasota podniosła się o 20—25°, związany kwas solny zmniejszył się o 5—7°. Zaznaczam tutaj, że to zwiększanie się kwasoty u tych chorych odpowiadało jej powrotowi do poziomu prawidłowego. U trzech z tych chorych, u których oznaczałem również pepsynę (met. Boasa), i podpuszczkę (met. Fulda), podniosła się też równo-

legle z kwasotą, siła trawienna soku żołądkowego. U dwóch ostatnich chorych z tej grupy badań z zupełnym bezsokiem żołądka stwierdzałem tylko zmniejszenie się braku wolnego kwasu solnego o 7—10 stopni. U pięciu chorych z tej grupy badań mianowicie: u trzech ze zmniejszoną kwasotą i u dwóch z zupełnym bezsokiem żołądka, u których przy przyjściu na Klinikę i w czasie picia roztworu soli fizjologicznej stwierdzałem biegunkę dochodzącą od 2—5 stolców na dobę, już po tygodniowem piciu „Karola" chorzy ci mieli zupełnie prawidłową ilość wypróżnień. U wszystkich chorych tej grupy dało się stwierdzić, wybitną poprawę łaknienia, a co za tem idzie i przyrost na wadze od 2—5 kg w ciągu 4-ch tygodni. Z podmiotowych objawów znikały takie dolegliwości jak gniecenia, puste odbijania, kurczenia, przelewania. Omawiając wyniki doświadczeń tej grupy przytaczam równocześnie wyniki badań Dra Reichana, które były przeprowadzone również na materjale pierwszej Kliniki chorób wewnętrznych U. J. i tyczą się również wpływu wody Karola na wydzielanie soku żołądkowego. Rozpoznania chorych spostrzeganych przez Dra Reichana były następujące: jeden przypadek z normalnem wydzielaniem kwasów żołądkowych, dwóch chorych ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego i sześciu chorych z upośledzonem wydzielaniem soku żołądkowego. U wszystkich tych chorych poza kwasotą żołądka oznaczano jeszcze pepsynę i podpuszczkę. Wyniki badań Dra Reichana są następujące: u chorych z prawidłowem jak i ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego „Karol" nie okazywał żadnego wpływu, natomiast u pięciu chorych z upośledzonem wydzielaniem soku żołądkowego stwierdzano wyraźnie wzmożenie się tak kwasoty żołądka, jak i jego siły trawieniej, a tylko w jednym przypadku zupełnego bezsoku żołądka nie uzyskano żadnego wyniku. Nadto u wszystkich chorych z wyjątkiem jednego Dr. Reichan stwierdzał, podobnie jak i ja, wybitną poprawę w dolegliwościach podmiotowych. Wyniki tej grupy badań są przedstawione na tablicy Nr. I. Są to średnie dane uzyskane u wszystkich 20 chorych.

Tb. I.



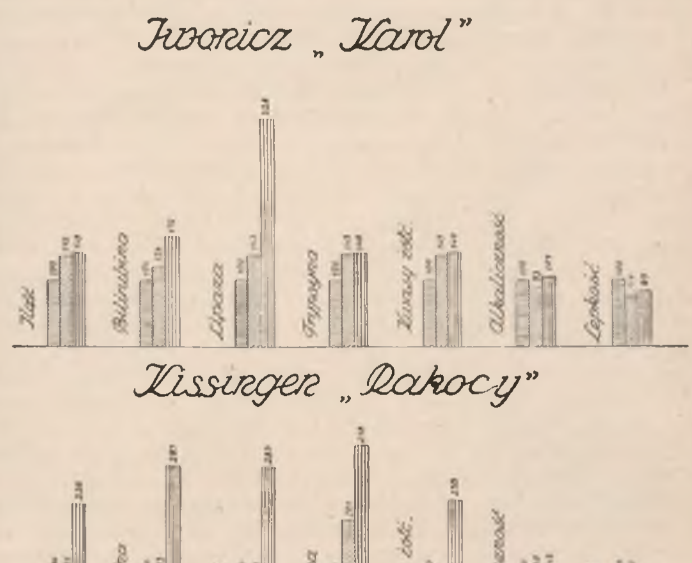
W tej grupie badań podobnie jak i w następnych dwóch grupach przeprowadzono na dwóch chorych badania porównawcze z wodą „Rakocego", przyczem uzyskano podobne wyniki.

Wyniki nasze uzyskane przy podawaniu solanki jaką jest woda „Karola" są potwierdzeniem badań wielu autorów, jak Reichmana 2), Cahna 2), Biasa 2), Braunna 2), Grüntnera 2), Doppera 2), Bickla 1), Rheinboldta 1) i wielu innych, którzy otrzymywali podobne wyniki przy stosowaniu solanek z różnych źródeł. Przechodząc teraz do sprawy sposobu leczniczego działania solanek na czynność wydzielniczą żołądka, muszę zaznaczyć, że wielu z tych autorów przypisuje główną rolę działaniu miejscowemu tych wód, bądźto na same gruczoły wydzielnicze, bądź też na unerwienie błony śluzowej żołądka. Z punktu widzenia stanowiska dzisiejszej medycyny poza działaniem miejscowem wód mineralnych, czy to na samą błonę śluzową, czy też na jej unerwienie, musimy nadto przypisywać wielką wagę właściwościom fizyczno-chemicznym wód mineralnych i w tem oświetleniu starać się tłumaczyć ich lecznicze działanie. Niemal wszystkie wody mineralne należy uważać nie za roztwory soli w nich zawarty, lecz jako elektrolityczne roztwory, których stopień rozcieńczenia jest tak wielki, że tworzą przeważnie jony. Jeżelibyśmy więc znali wszechstronne działanie każdego poszczególnego jonu na ustrój, na jego układ koloidalny, czy też na przebieg czynności poszczególnych narządów, to z wielką łatwością moglibyśmy sobie też wytłumaczyć działanie lecznicze wielu wód mineralnych, znając ich zagęszczenie poszczególnych jonów. Jakkolwiek dzisiejsze wiadomości o działaniu elektrolitów na wielce zawiłe procesy życiowe ustroju, mimo wielkiej ilości prac w tym kierunku, są jeszcze zupełnie niewystarczające, to jednak niemniej wiele szczegółów z tego zakresu wiedzy zostało z całą pewnością ustalonych. Dziś wiemy, że koniecznym warunkiem dla prawidłowej czynności poszczególnej komórki ustroju obok izotermji t. j. stałej ściśle określonej ciepłoty i izotonji t. j. stałego ściśle określonego ciśnienia osmotycznego jest izojonja t. j. ściśle wzajemne ilościowe ustosunkowanie się katjonów Na' K' do dwuwartościowych katjonów Ca i Mg. Mając tedy te ściśle ustalone fakty, musimy przewidywać, że przy doprowadzeniu z wodą mineralną wielkiej ilości różnych jonów, zmieniamy warunki osmotyczne, siły elektryczne w otoczeniu, a pośrednio i wewnątrz komórki, które to zmiany ze swej strony muszą wywrzeć wpływ na całą budowę koloidową ustroju. Chcąc teraz z tego punktu widzenia wytłumaczyć mechanizm działania wody Karola na wydzielanie soku żołądkowego, musimy zwrócić uwagę na stosunkowo wielką zawartość tej wody jonów, soli kuchennej i na związek jaki może zachodzić w ustroju między gospodarką chlorową, a wydzielaniem soku żołądkowego. Na sprawę powstawania wydzielania kwasu solnego w żołądku, obok samej błony śluzowej, jej gruczołów i zawartości żołądka w chwili trawienia, ma niewątpliwie duży wpływ czy to pośredni, czy też bezpośredni, jak zresztą wynika z badań wielu autorów, (Rozemana, Magnusa, Levy, Scherna, Arnoldiego, Boasa, Hamersdorfera, Doddiego, Cytronberga i wielu innych) 8 i 9), skład chemiczny i cechy fizyczno-chemiczne samej krwi. Faeldes 16) przypisuje tak wielką wartość temu ostatniemu czynnikowi, że uzależnia wprost wydzielanie kwasu solnego w żołądku od tak nazwanych przez niego „kwaśnych wartości" krwi. Jeżelibyśmy przyznali słuszność wywodom Faeidesa, to musimy też zgodzić się z tem, że obok wielu innych jonów i urządzeń ustroju, wymiana jonów chlorowych i wodorowych między krwią, a żołądkiem musi odgrywać ważną rolę w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej krwi. Doświadczalnie na zwierzętach zostało stwierdzone przez Mukogama 24), że przez podanie dożylne niewielkiej ilości KCl u zwierząt naczczo następowało wydzielanie kwasu solnego. Doświadczenie to dowodzi nam, że ustrój zwierzęcy dla utrzymania odpowiedniego poziomu jonu chlorowego w osoczu krwi, stara się nadmiar tego chloru, który być może zachwiał jego równowagą kwasowo-zasadową usunąć ze krwi między innemi i przez błonę śluzową żołądka. Również badaniem klinicznem zostało stwierdzone przez Brauna 2), Grüztnera 2), Cahna 2), Reichmana 2), że po wchłonieniu względnie po wprowadzeniu wprost do krwi roztworu soli kuchennej wzmaga się wydzielanie gruczołów żołądkowych. Ważności udziału żołądka w okresie trawienia w gospodarce chlorowej ustroju dowodzą też pośrednio prace Langhansa 14) i Sommera 14), którzy stwierdzali w ciągu trzech pierwszych godzin po próbnem śniadaniu stały spadek ilości wydzielonego moczu, jego stężenie chloru i wreszcie spadek ogólnej ilości wydalonego z moczem chloru. Wspomniałem, że dowóz większej ilości soli kuchennej wpłynąć może również i na równowagę kwasowo-zasadową krwi, że tak jest w istocie tego dowodzą badania Landaua 12), Glassa, Kaminera, Ambarda, Schmida, Arnoldiego, Bluma i Condtera. My, badając prężność pęcherzykową bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) u pięciu chorych przy podawaniu wody Karola, mogliśmy również stwierdzić po 4-ro tygodniowym jej piciu, obniżenie się tej prężności o 5—15 mm słupa rtęci. Nie będę tutaj przedstawiał mechanizmu zmiany pH krwi przez zwiększony dowóz soli kuchennej, chcę tylko zaznaczyć, że według teorji Ambarda 12) spadek zapasu alkalicznego powstaje nie bezpośrednio skutkiem tworzenia się kwasu solnego we krwi, ale jest spadkiem wyrównawczym skutkiem wzmożonego przewietrzania płuc. Tem jednostronnem zapatrywaniem się na wydzielanie kwasu solnego w żołądku, uzależnionem od zawartości chloru w surowicy krwi, nie potrafilibyśmy jednak wytłumaczyć faktu, udowodnionego przez wielu autorów jak n. p. Hallera 15), Langhansa 14), Sommera 14), że właśnie zawartość chlorku we krwi u oso-

bników z upośledzonem wydzielaniem kwasów żołądkowych jest wyższa, niż u osobników ze zwiększonem wydzielaniem tychże kwasów. Sprzeczne te na pierwszy rzut oka spostrzeżenia dadzą się pogodzić, jeżeli obok wielkiego znaczenia chloru we krwi dla wydzielania żołądkowego, przypiszemy również duże znaczenie samejże błonie śluzowej żołądka, — którą nie można przecież uważać jako bierną błonę dializującą, lecz jako żywą tkankę uzależnioną w swej czynności fizjologicznej od najrozmaitszych czynników takich, jak ukrwienie, unerwienie, od czynników hormonalnych i wreszcie od stężenia różnych elektrolitów czy to w niej samej, czy też w otoczeniu jej. Stwierdzony więc fakt, większej zawartości chloru we krwi u osobników ze zmniejszonem wydzielaniem kwasów żołądkowych, możnaby sobie tłumaczyć nieprawidłową czynnością jednego z tych regulatorów w gospodarce chlorowej, jakim są gruczoły żołądka, być może przez zmniejszoną przepuszczalność błony śluzowej żołądka względem anjonów chlorowych ze krwi. Z drugiej strony możnaby wytłumaczyć tą większą ilość chlorków w surowicy krwi u osobników z niedomogą wydzielniczą żołądka jako wyraz tego, że ustrój tych osobników odznacza się większą zasadowością i dla utrzymania odpowiedniej równewagi kwasowo-zasadowej następuje większe zatrzymywanie chlorków przez tkanki (chloropeksja). Oczywiście jest to hipoteza, dla potwierdzenia której potrzebaby dalszych szczegółowych badań. Ze składników wody Karola, które bezpośrednio jeszcze mają wpływ na wydzielanie soku żołądkowego według badań Meinla i Jaworskiego należy podnieść stosunkowo dużą zawartość jej bezwodnika kwasu węglowego. Autorzy ci stwierdzali, że podanie solanki nasyconej bezwodnikiem kwasu węglowego powoduje szybsze i obfitsze wydzielanie soku żołądkowego, niż przy kontrolnych badaniach, przy podaniu samej tylko solanki bez nasycenia jej CO_2. Trzecim składnikiem wody Karola, który również może mieć wpływ na wydzielanie się treści żołądkowej jest dwuwęglan sodu 6). Jak wiadomo, dwuwęglan sodu wprowadzony do żołądka przy zetknięciu się z kwasem solnym powoduje powstanie bezwodnika węglowego i chlorku sodowego, które to związki chemiczne, jak widzieliśmy poprzednio, pobudzają czynność wydzielniczą żołądka. Jak widać z przytoczonych tu badań moich własnych i innych nad działaniem solanek na czynność wydzielniczą żołądka, należy przyjąć, że głównemi czynnikami Karola wzmagającemi wydzielanie soku żołądkowego są: chlorek sodowy, bezwodnik kwasu węglowego i dwuwęglan sodowy. Poza tymi czynnikami musimy zwrócić uwagę jeszcze na zmiany w napięciu układu wegetatywnego, które mogą być wywołane przez elektrolity wody Karola, a tem samem znowu pośrednio wpłynąć na wzmożone wydzielanie soku żołądkowego. Odnośnie do wyników naszych, otrzymanych przy badaniu co do zawartości pepsyny i podpuszczki w żołądku, po podaniu wody Karola, to zrozumiałem staje się dodatnie działanie Karola i w tym kierunku, jeżeli uwzględnimy fakt, że trawienne działanie pepsyny i działanie podpuszczki uzależnione jest od pewnego optimum stężenia jonów wodorowych, na które to woda Karola wywiera jak widzieliśmy bardzo dodatni wpływ.

Druga grupa badań nad wpływem wody Karola na wydzielanie treści dwunastnicowej obejmowała 17 chorych z następującemi rozpoznaniami: 3-ch chorych z kamicą woreczka żółciowego z obniżonem wydzielaniem kwasów żołądkowych, 3-ch chorych z przewlekłem zapaleniem dróg żółciowych i również z obniżoną kwasotą żołądka, 6-ciu chorych z prawidłowem zachowaniem się dróg żółciowych i z prawidłowem wydzielaniem soku żołądkowego, 2-ch chorych ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego i 3-ch chorych z zupełnym bezsokiem żołądka, bez zmian w drogach żółciowych. Czas spostrzegania każdego chorego dzieliłem i tu na dwa okresy. Sposób podawania i ciepłota wody były również takie same jak w pierwszej grupie badań nad zachowaniem się treści żołądkowej. Metodyka doświadczeń była następująca: chorym badanym w końcu pierwszego okresu wprowadzałem naczczo zgłębnik dwunastnicowy, po ustaleniu się wydzielania zbierałem treść dwunastnicową w ciągu najmniej 30 minut, w oddzielnych ilościach co 2 do 5 minut, w zależności od tego jak często następowało mieszanie się treści żołądkowej z dwunastnicową. Wydobytą treść poddawałem naprzód, badaniu ilościowemu, oznaczając średnią ilość wydobywającej się treści w ciągu 5 minut. Z fizycznych własności oznaczałem wejrzenie, barwę i lepkość treści, z chemicznych zaś własności treści oznaczałem odczyn jakościowo i ilościowo, zawartość bilirubiny (met. kolerymetryczną van den Bergha) i żółciany met. stalagmometryczną Traubego. Biologiczne badanie treści polegało na oznaczeniu ilościowem lipazy (met. Bondiego 25 i 26) i trypsyny (met. Fulda-Grossa). W ten sposób, starałem się przy tego rodzaju badaniu uwzględnić najważniejsze własności fizyczne, chemiczne i biologiczne treści dwunastnicowej. Tego rodzaju badanie przeprowadzałem tak jak przy końcu pierwszego okresu, poraz drugi bezpośrednio po wypiciu 250 cm. wody Karola i trzeci raz w końcu drugiego okresu porównując kilkakrotnie wyniki badań. W wyniku tej grupy badań stwierdzałem u wszystkich chorych, objętych w tej grupie, jednokierunkowe działanie wody Karola na wydzielanie się treści dwunastnicowej, a mianowicie: Bezpośrednio po wypiciu wody Karola ilość wydzielanej treści w jednostce czasu stale wzrastała, jednocześnie zmniejszała się lepkość treści. W sześciu przypadkach wydzieliła się żółć ciemna B z woreczka żółciowego, w pozostałych przypadkach barwa i wejrzenie nie uległy zmianie. Zasadowość pozostawała bez zmiany lub też okazywała lekką skłonność do spadku. Sole kwasów żółciowych, bilirubina, lipaza i trypsyna wykazywały też stale duży wzrost w jednostce czasu. Wartości tych badanych składników treści dwunastnicowej jeszcze bardziej wzrastały przy trzeciem badaniu, t. j. po 4-ro tygodniowem piciu Karola. Jeżeli wspomniałem, że wynik badań był jednokierunkowy, to nie znaczy, ażeby między poszczególnymi chorymi, nad którymi były przeprowadzone te doświadczenia, nie było różnic ilościowych. Najbardziej wybitnie oddziaływali chorzy z upośledzoną czynnością wydzielniczą żołądka i z równoczesnemi zaburzeniami w drogach żółciowych. Fakt ten tłumaczy się oczywiście tem, że „Karol", jak już w poprzednich badaniach przytoczyłem, najbardziej dodatnio pobudza wydzielanie żołądka również w tych przypadkach. Woda ze źródła „Rakocego" o tyle różni się swoim działaniem od „Karola" na wydzielanie treści dwunastnicowej, że bezpośrednio po wypiciu 250 cm³ wody nie stwierdzałem żadnego żółciopędnego jej działania, jedynie tylko podnosi się ilość wydzielonej trypsyny. Po 4-ro tygodniowem zaś piciu „Rakocego" działanie jego na wydzielanie niektórych badanych składników okazuje się nawet nieco silniejszem od wody Karola, jakkolwiek wartości lipazy, nigdy nie dochodzą do tych cyfr, jak przy piciu Karola. Dla lepszej przejrzystości i uwydatnienia różnicy działania obu wód przytaczam wykresy, które przedstawiają w procentach dane średnie, uzyskane na podstawie wyników badań u wszystkich 17-tu chorych po stosowaniu wody „Karola" i u 2-ch chorych przy stosowaniu wody ze źródła „Rakocego".

Tb. II.



Przechodząc teraz do wytłumaczenia sposobu działania wody Karola na zachowanie się treści dwunastnicowej musimy uwzględnić z jakich to wydzielin składa się ta treść i jakie gruczoły ustroju biorą udział w jej wydzielaniu się. W czynności trawiennej treści dwunastnicowej, niewątpliwie najważniejszą rolę odgrywa sok trzustkowy i w nim zawarte zaczyny, jak trypsyna i lipaza. O innych jak diastaza, maltaza nie wspominam, gdyż tych nie uwzględniałem w swoich badaniach. Kierującym czynnikiem dla wydzielania soku trzustkowego jest, poza miejscowym układem nerwowo-odruchowym, kwas solny. Jeżeli teraz uwzględnimy z poprzedniej grupy badań, pobudzający wpływ Karola na wydzielanie

kwasu solnego, to zrozumiałem staje się też, pobudzające działanie tej wody i na sok trzustkowy. Mając ponadto na uwadze dużą zawartość soli kuchennej w wodzie Karola, nie możemy pominąć tu wyników badań Glassa 10) i Beilissa 10) wykazujących, że hypertoniczne roztwory soli kuchennej — a do takich roztworów należy również i roztwór soli kuchennej w Karolu — wprowadzone doustnie w ilości 10—12 g. powodują hypoglikemję (obniżenie poziomu cukru w krwi). Autorzy ci wypowiedzieli przypuszczenie, że wprowadzona sól kuchenna, może bezpośrednio zadziałać na sam miąższ trzustkowy i w następstwie tego wywołać hyperinsulynemję. Jeżeliby w istocie to tłumaczenie mechanizmu obniżenia poziomu cukru we krwi znalazło potwierdzenie, to moglibyśmy też przyjąć, że woda Karola, dzięki swej zawartości soli kuchennej, może również pobudzać i wewnętrzne wydzielanie trzustki. Drugim bardzo ważnym składnikiem treści dwunastnicowej jest żółć. Sam mechanizm dopływu żółci do dwunastnicy mało jest znany; niemniej jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości, że doprowadzenie do ustroju z wodą Karola większej ilości elektrolitów, niewątpliwie musi wpłynąć na czynność wydzielniczą wątroby. Bezpośrednich dowodów tego działania elektrolitów na czynność wydzielniczą wątroby nie posiadamy, doświadczalnie jednak na zwierzętach wykazał: B e c k m a n 13), że jony Ca Na Mg działają hamująco, K potas zaś podniecająco na czynność wydzielniczą wątroby. Rolą wątroby obok innych czynności jest między innemi i regulacja jonów we krwi. Jasnem więc staje się bezpośredni wpływ doprowadzonych z wodą Karola elektrolitów na czynność wątroby, jeżeli uwzględnimy, że wątroba staje się dla nich sączkiem, po przejściu którego, dopiero dostają się one do krwi i tkanek. Trzecim składnikiem treści dwunastnicowej jest wydzielina samej błony śluzowej, jej gruczołów Lieberkhüna i gruczołów Brunnera. Wpływ wody Karola na tą część wydzieliny treści dwunastnicowej może być bezpośredni, na samą błonę śluzową i gruczoły dwunastnicy jak również pośrednio przez wzmożone wydzielanie się wolnego kwasu solnego w żołądku. Dla całości wytłumaczenia mechanizmu wzmożonego wydzielania treści dwunastnicowej po podaniu wody Karola dodam, że woda ta wzmagając wydzielanie wolnego kwasu solnego w żołądku, powoduje odczyn ustroju, dążący do wyrównania zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej. Zaburzenia te ujawniają się przez stratę jonów Cl i H z krwi, czyli następuje przesunięcie w kierunku alkalozy, wyrównanie zaś tej alkalozy następuje, poza obrębem innych narządów, na drodze wzmożonych wydzielin, tak soku trzustkowego jak i żółci i soku jelitowego.

Ostatnia grupa badań nad wodą Karola polegała na wykazaniu wpływu jaki ta woda wywiera na przemianę podstawową, po stosowaniu jej w ciągu 4-ch tygodni. Ta grupa badań obejmowała 16-tu chorych, mianowicie: 7-miu chorych z prawidłową przemianą spoczynkową i 9-ciu chorych ze wzmożoną przemianą spoczynkową od 15% do 110%. Badania przemiany podstawowej u każdego chorego były przeprowadzone od 3—10 razy średnio 6 razy, aparatem Krogha. Pierwsze badanie było wykonywane po okresie wstępnym, przed podaniem Karola, 2—3 razy badań w czasie picia wody i 2—3 po zaprzestaniu podawania Karola. Wyniki tej grupy badań są następujące: u wszystkich chorych z prawidłową przemianą podstawową, u których ta przemiana podstawowa wahała się od minus 5 do plus 12% stwierdzałem po 4-ro tygodniowem piciu Karola jedynie tylko nieznaczną skłonność do spadku jej, nie przekraczającą jednak granic prawidłowych. Wybitny wpływ natomiast podawania wody Karola uwydatnił się na chorych ze wzmożoną przemianą spoczynkową. Ze względu na odmienne ilościowo wyniki otrzymane po podaniu Karola, dzielę moich chorych ze wzmożoną przemianą podstawową na dwie grupy. Do pierwszej grupy zaliczam dwóch chorych ze wzmożoną pp. ponad 84% i 110%, u których pełny obraz choroby Basedowa rozwinął się ostro w ciągu 6-ciu tygodni, względnie 3-ch miesięcy. Do drugiej zaś grupy zaliczam 7-miu chorych, u których p. p. nie przekraczała wzmożenia ponad 50%, a obraz choroby Basedowa rozwijał się u nich w ciągu dłuższego czasu — u niektórych z nich w ciągu nawet pięciu do siedmiu lat. Ten podział, uznawany zresztą przez autorów amerykańskich jak n. p. P l u m e r a 17), W i l s o n a 17), B o o d h b y 17), P e m o e r t o n a, będący jednym z wielu innych wymienianych postaci choroby Basedowa, jakkolwiek nie odzwierciadla nam ani tła anatomicznego, ani etjologji, ani też wreszcie patogenezy samego schorzenia, to jednak ze względu na wybitnie różny ilościowo wynik leczenia jodem wydaje się nam uzasadniony. U dwóch pierwszych naszych chorych z ostrym przebiegiem choroby Basedowa następowało po 4-ch tygodniowem stosowaniu wody Karola tylko nieznaczne obniżenie przemiany spoczynkowej o 15 do 22%, nieznaczny przybytek na wadze, nieprzekraczający 0.5 kg, spadek tętna ze 130 tylko na 110 na minutę i nieznaczne zmniejszenie się samego gruczołu tarczowego. Z podmiotowych objawów stwierdzałem u tych chorych tylko lekką poprawę ogólnego stanu; u żadnego jednak z nich nie dało się tem leczeniem opanować zaburzeń żołądkowo-jelitowych, jak również nie wykazano żadnego wpływu na sam wytrzeszcz gałek ocznych. W przeciwieństwie do tych dwóch pierwszych przypadków stwierdziliśmy u 7-iu chorych z powolnym początkiem choroby Basedowa i z przemianą podstawową nie przekraczającą wzmożenia ponad 50% w ciągu całego czasu podawania wody „Karola" stały spadek przemiany spoczynkowej tak, że po 4-ro tygodniowem piciu tej wody u 3-ch z tych chorych p. p. osiągnęła poziom prawidłowy, u 4-ch zaś nastąpiło zmniejszenie się przemiany podstawowej o 50% pierwotnej jej wartości. Wszyscy ci chorzy w ciągu tego czasu okazywali stały przyrost na wadze dochodzący w ciągu 4-ch tygodni od 1—5 kg przy zwykłej diecie szpitalnej. Z innych objawów dało się stwierdzić wyraźny spadek tętna, zmniejszanie się gruczołu tarczowego, ustępowanie objawów żołądkowo-jelitowych i wreszcie wybitną poprawę stanu ogólnego chorych. Na wyróżnienie tutaj zasługuje natomiast jeden z chorych, drugiej grupy przytoczonego tu podziału choroby Basedowa, u którego również objawy tyreotoksyczne rozwijały się powoli w ciągu 3-ch lat. U tego chorego z początkową przemianą podstawową wzmożoną o 36% z dużym gruczołem tarczowym (obwód szyji 44 cm), przy podawaniu wody Karola przez pierwsze 4 tygodnie stwierdzono spadek przemiany podstawowej na 17%, ponadto ustępowały też i wszystkie inne objawy towarzyszące chorobie Basedowa. W 5-ym zaś tygodniu picia Karola p. p. u tego chorego nagle silnie wzrosła do 65%, przyczem uległy też równolegle pogorszeniu i inne objawy tak podmiotowe jak przedmiotowe. Wyniki otrzymane przez nas przy stosowaniu Karola u wszystkich tych 9-ciu chorych z chorobą Basedowa przedstawia niżej podany schemat.

	Przed podaniem „Karola"				Po 4 tygodn. piciu „Karola"			
Chory	Przemiana podstawowa	Waga	Tętno	Obwód szyji	Przemiana podstawowa	Waga	Tętno	Obwód szyji
L. A.	110%	54	134	43 5	93%	54,5	110	42
D. J.	82%	53	120	38.5	68%	53.5	98	37.5
S. Fr.	48%	43	105	36,5	16%	48	80	36
T. J.	36%	55.5	96	44	17%	57	82	43
J. L.	33%	58	96	38	15%	60	80	37
K. L.	25%	53.5	90	37	12%	55	76	37
G. J.	23%	57	84	37.5	18%	58	72	37
T. E.	15%	63	84	38	00%	63.5	70	37.5
P. J.	15%	57.6	84	38	00%	58.6	70	37

Podobnie jak i w poprzednich grupach badań i tu przeprowadzano badania porównawcze z wodą „Rakocego" u dwóch chorych. Po 4-ro tygodniowem stosowaniu tej wody u jednego chorego z długotrwałym przebiegiem choroby Basedowa, u którego p. p. była wzmożona o 45% i u drugiego chorego z prawidłową p. p. nie stwierdziłem żadnego wpływu picia tej wody, ani na przemianę spoczynkową, ani na inne objawy towarzyszące chorobie Basedowa. W wyniku tej grupy naszych badań stwierdzamy, że woda Karola w przebiegu niektórych postaci choroby Basedowa, a zwłaszcza w postaciach przewlekłych działa wybitnie leczniczo. Te dodatnie wyniki polegają niewątpliwie na dużej zawartości jodu w Karolu. Wiadomo bowiem, że w ostatnich czasach N e i s s e r 17, 18, 19, 20, 21, 22 i 23) i autorzy amerykańscy wprowadzili jod do leczenia choroby Basedowa. Mechanizm leczniczy jodu ma tu polegać na wiązaniu przez jod w obrębie tarczycy nadmiernie wytwarzanej tereotoksyny. Dzienna ilość Karola 750 cm^3, stosowana przez nas, zawiera około 15 miligramów czystego jodu, co właśnie odpowiada średniej dziennej dawce jodu, stosowanego przez N e i s s e r a. Tutaj należy zaznaczyć, że jod zawarty w „Karolu" jest jak wogóle w wodach mineralnych istotą niewątpliwie więcej czynną niż wprowadzony w postaci przetworów farmakologicznych.

Jak widać uzyskaliśmy we wszystkich trzech grupach doświadczeń naogół bardzo dobre wyniki lecznicze i to przy użyciu wody butelkowej, zaczerpanej ze źródła przed szeregiem miesięcy, a więc wody starzejącej się, względnie zupełnie już starej.

Fakt ten zaznaczam dlatego, że dzisiaj dzięki badaniom głównie B a u d i s c h a 5) i W e l l a 5) jest wiadomem, że wody mineralne świeże t. j. bezpośrednio wytryskujące ze źródła odznaczają się znacznie większą czynnością i zdolnościami katalitycznemi, niż wody, tak zwane, starzejące się. Wobec tego należy przyjąć, że wyniki naszych doświadczeń przy użyciu wody bezwzględnie świeżej byłyby jeszcze lepsze.

Ostateczne wnioski.

1) Stosowanie „Karola“ w ciągu 4-ch tygodni podnosi wyraźnie w każdym kierunku upośledzoną czynność wydzielniczą żołądka.

2) Działa wybitnie żółciopędnie i pobudzająco na wydzielanie trzustki.

3) Obniża wzmożoną przemianę podstawową, zwłaszcza w przebiegu długotrwałych stanów tyreotoksycznych.

4) Wskazaniami leczniczemi dla zastosowania „Karola“ są stany z upośledzoną czynnością wydzielniczą żołądka, z upośledzonem wydzielaniem trzustki oraz wszystkie te stany, gdzie chcemy uzyskać działanie żółciopędne.

5) „Karol“ ze względu na swą zawartość jodu winien znaleźć nadto zastosowanie w stanach tyreotoksycznych, jednakże przy ściśle indywidualnem dawkowaniu.

6) Porównując wkońcu działanie wody „Karola“ w Iwoniczu z odnośnem działaniem wody „Rakocego“ w Kissingen, stwierdzam, że „Karol“ nie tylko mu w niczem nie ustępuje co do działania leczniczego lecz nawet wywiera, w przeciwieństwie do niego, wybitnie dodatni wpływ na przemianę podstawową.

Piśmiennictwo.

1) Dietrich i Kaminer: Handbuch der Balneologie medizinischen Klimatologie und Balneographie. Tom II strona 134—248. Tom. V. str. 23—30 i 264—299. — 2) Strasser, Kisch, Sommer: Handbuch der klinischen Hydro- Balneo- und Klimatotherapie str. 353—583. — 3) Mayer i Gottlieb: Die experimentelle Pharmakologie str. 181—206. — 4) L. Korczyński: Zarys balneoterapji i balneografji krajowej, str. 40—111 i 314—325. — 5) Kramstyk: O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem. Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Rok 1928 tom VII. — 6) Tempka: P. G. L. Nr. 39, 40, 41, 1925. — 7) Parnas: Chemja fizjologiczna str. 53—184. — 8) Cytronberg: Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. Warszawa 1929. — 9) Tenże: P. ar. M. W. 1928. Tom VI. Z. 2. — 10) Glass, Is. Beiless: P. G. L. Nr. 18, 19. 1930. — 11) Apfelbaum: P. Ar. M. W. 1929. Tom VII. Z. 4. — 12) Landau, Glass i Kaminer: P. G. L. Nr. 10, 11, 12, 13, 1930. — 13) Beckman: Kl. Woch. Nr. 2. 1930. — 14) Langhans und Sommer: Kl. Woch. Nr. 21. 1930. — 15) Hermanns i Sakr: Kl. Woch. Nr. 27. 1927. — 16) Földes: Zeitschrift f. d. ges. exp. Med. N. 43. 1924. — 17) Falta: Handbuch der inneren Medizin Mohr- Stächelin T. IV. str. 1035—1071. — 18) Tomanek: P. G. L. Nr. 43. 1927. — 19) Balint: P. G. L. Nr. 43 1927. — 20) Lunde: Kl. Woch. Nr. 19. 1930. — 21) Zondek: Kl. Woch. Nr. 14. 1930. — 22) Bier: Kl. Woch. Nr. 18. 1930. — 23) Kurschmann: Med. Kl. Nr. 49. 1926. 24) Zondek: Die Elektrolyte ihre Bedeutung für Physiologie Patologie und Therapie. Berlin 1927. — 25) Einhorn: Le tube duodénal. Masson 1927. — 26) M. Chiray et J. Lebon: Le tubage duodénal. Masson 1924. — 27) Kmietowicz: P. G. L. Nr. 51. 1929.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Eugenjusz DOLIŃSKI. Lwów.

Wrażenia z Międzynarodowej Wystawy Higjeny w Dreźnie *).

Drezno, w sierpniu.

Chętnie korzystam ze sposobności aby podzielić się z Kolegami wrażeniami z wystawy drezdeńskiej. Była ona zbyt ważnem zdarzeniem w życiu lekarskiem, aby nie należało poświęcić jej kilka chwil uwagi i zastanowienia nad jej ogólnem znaczeniem. Imponowała bowiem ona nietylko ogromem, organizacją, drobiazgowem wykończeniem, rozległością skali przemysłu niemieckiego związanego z higjeną, pomysłowością wystawców, metodyką popularyzacji higjeny, ale dała nam przeświadczenie że higjena jest dziedziną, która nie powinna mieć granic państwowych, rasowych, ani geograficznych, że powinna obejmować wszystkie kraje, bo celem jej jest dobro człowieka i że na tej platformie nauki powinno się szukać zbliżenia i dążyć do zjednoczenia i pacyfikacji świata. Powiedziałem „powinna obejmować wszystkie kraje“. Tak jest! bo zaraz muszę podkreślić dysonans, jaki odczułem, nie widząc między reprezentowanemi na Wystawie narodami Polski. Nie wchodzę w to, czy fakt ten został podyktowany słusznemi, czy niesłusznemi względami rewanżu za odmowę w uczestniczeniu Niemiec w naszej poznańskiej wystawie, czy udział nasz w wystawie drezdeńskiej uchybiłby naszej godności narodowej, stwierdzam, że ta nasza nieobecność wśród wszystkich innych narodów drażniła, bolała i niepokoiła. Za świeże są jeszcze przeciwieństwa narodowe, za wiele jeszcze we wszystkiem polityki. Bezsprzecznie nie jest winien nasz Rząd, ale zapewne także wrogie nastawienie narodu niemieckiego, które n. p. kazało organizatorom wystawy o ile możności ukryć wszelkie ślady istnienia Polski w działach, w których Jej obecność jak n. p. w światowej statystyce, była nieodzowna. Ale pominmy już ten fakt i przejdźmy do samej wystawy. Wszechstronne jej omówienie musiałoby być wielką książką, dlatego w tym referacie niektóre działy wystawy prawie że zupełnie pominę, a o niektórych powiem bardzo krótko.

Zapytajmy się na wstępie, jak powstała Wystawa? Otóż zawdzięcza ona swoje powstanie kolosalnemu powodzeniu, jakie zyskała Międzynarodowa Wystawa w Dreźnie roku 1911. Punktem krystalizacyjnym tej wystawy było niemieckie muzeum higjeny, obecnie skompletowane i pomieszczone w nowo zbudowanym, wspaniałym gmachu. Wystawa była dziełem zmarłego wielkiego przemysłowca niemieckiego Karola Augusta Lingnera, który w niej połączył wiedzę lekarską z przemysłem z tą wiedzą związanym. Organizacyjnie uporządkowano wówczas wszystko nie wedle wystawców, ale według materjału, co pozwoliło uzyskać jakby plastyczną książkę o opiece zdrowotnej *(Gesundheitspflege)* i o masowem pouczaniu higjeny narodu niemieckiego. W roku 1911 wiele państw obcych brało udział w Wystawie i wiele obcych ją zwiedzało. Były francuski Prezydent Ministrów Herriot tak napisał o swych wrażeniach z Wystawy: „Tutaj każdy od najzwyklejszego zwiedzającego do poważnego myśliciela otrzymuje pokarm naukowy. Dzieło to oznacza jutrzenkę nowych czasów, hołd więc należy złożyć tym mężom, którzy to wielkie dzieło poczęli i urzeczywistnili“. Tak mówił Francuz w roku 1911. Wystawę wtedy zwiedziło $5^1/_2$ miljona osób, a dochodu było miljon marek niemieckich. Cyfry istotnie niezwykłe. To powodzenie wystawy „Der Mensch“ było dla Lingnera bodźcem do stworzenia stałego muzeum, które miało być ludowym naukowym instytutem higjeny, podobnie jak w Monachjum stworzono niedawno instytut dla wiedzy technicznej. W muzeum miał każdy przez samo oglądanie nabrać wiadomości jak ma prowadzić rozumnie życie i wzmocnić swoje zdrowie; laik bez fachowego przygotowania miał w muzeum otrzymać odrazu wytłumaczenie zjawisk, a uczony miał swoją wiedzę rozszerzyć, czy przez ciekawe eksponaty, czy przez specjalne wykłady i pokazy. Doprowadzenie do skutku obecnie ukończonej budowy muzeum natrafiało na wielkie trudności, z któremi sobie ciekawie radzono. Lingner zmarł i choć zostawił bardzo znaczny majątek na budowę muzeum, to z powodu inflacji kapitał stopniał zupełnie. Komitet więc musiał urządzać prowincjonalne i zagraniczne wystawy, produkował rozmaite preparaty naukowe, odlewy i plastyczne modele, jako środki pomocnicze naukowe dla innych państw i z tego czerpał dochody. Gmach muzeum, kosztował powyżej 5 miljonów marek niemieckich t. j. około 11 miljonów złotych. Pouczającem jest, ile kto ofiarował na tę budowę. Miasto Drezno dało olbrzymi plac w cudownem położeniu i miljon marek, państwo wspólnie z rządem saskim dało 2 miljony marek, resztę, którą wydano na wewnętrzne urządzenie i pokazy naukowe zebrał Komitet, ale z pomocą darów w naturze sympatyków tego dzieła; wartość ich ocenić można na miljon trzysta tysięcy złotych.

Trzonem tegorocznej wystawy jest również „Deutsches Hygiene Muzeum“ otwarte w połowie maja b. r. Okazały gmach nowożytnie zaprojektowany z uwzględnieniem wszystkich estetycznych i higjenicznych wymagań ma oprócz olbrzymiej reprezentacyjnej sali wykładowej i hallu dla publiczności, szerokie kurytarze i sale dla publiczności, szerokie kurytarze i sale dla pomieszczenia eksponatów. Bardzo mało eksponatów pozostało z roku 1911. Obecne sposoby popularyzacji wiedzy ogromnie się zmieniły; trzeba pamiętać o niezwykłym rozwoju w tem dwudziestoleciu fotografji, czy to zwykłej czy roentgenowskiej, o radju, filmie niemym i mówionym, o zastosowaniu siły elektrycznej i światła elektrycznego i t. d.

Przejdźmy sale wystawowe muzeum i opiszmy jak najzwięźlej to, co zawierają.

Wychodząc z podstawowych teoryj o powstaniu świata i życia na naszej planecie, przechodzą organizatorzy muzeum do budowy ciała ludzkiego. Tak budowa i podział komórki jak i grupowanie się komórek w narządy, budowa szkieletu, mięśni, krew i system nerwowy są ilustrowane wspaniałymi preparatami anatomicznymi, mulażami i fotografjami. Jako najciekawszy zbiór

---

*) Według sprawozdania wygłoszonego na posiedzeniu Tow. lek. lwow. dnia 3 X. 1930.

preparatów figuruje „der durchsichtige Mensch". Jest to szklany człowiek, w którym widać znakomicie wypreparowany szkielet z naczyniami i nerwami. Przez specjalne odwapnienie kości, barwny układ naczyniowy i nerwowy jest widoczny. Jako drugi dział widzimy fizjologję, objaśnioną szeregiem mechanicznych, bardzo dowcipnych przyrządów, tłumaczących krążenie, oddychanie i pracę wszystkich zmysłów. Uwagę zwraca nowocześnie opracowana nauka o gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Specjalnie ciekawie i pracowicie rozwiązano za pomocą modeli, tablic i skomplikowanych przyrządów elektrycznych demonstrację budowy i fizjologji systemu nerwowego.

Dział drugi „die Menschenkunde" obejmuje wpływ czynników zewnętrznych na życie ludzkie, a więc od powstania wogóle życia czy to roślinnego czy zwierzęcego na ziemi do powstania ras ludzkich i ich rozdziału. Warto zwrócić uwagę na sposób demonstrowania topografji ciała ludzkiego przez drewniane przekroje świetnie modelowane i złożone w postaci kartek książki naturalnej wielkości człowieka, którą widz może odwracać. Na osobną wzmiankę zasługuje pokaz zmian jakim ulega organizm ludzki w ciągu całego życia, a więc w okresie dziecięcym, dojrzałym i starczym. Przedstawione to jest według starych sztychów niemieckich pod postacią różnych zwierząt: — chłopak 10-cio letni występuje tam jako cielę, mężczyzna w sile wieku od 30—40 lat jako lew, kobieta młodsza jako wąż, kobieta w starszym wieku jako sowa, starszy mężczyzna jako cap i t. d. Poza tem wesołem ujęciem przedmiotu widzimy najrozmaitsze schematy i metody pomiarowe dotyczące wymiarów ciała ludzkiego, wagi, wzrostu i objętości poszczególnych części jego; do tego dodano liczne przykłady z zaburzeń we wzroście i budowie, a więc olbrzymów i karłów z równoczesnem wytłumaczeniem tego faktu.

Część „Die Frau als Gattin und Mutter" poświęcona jest macierzyństwu i narodzinom człowieka. Plastyczne przedtsawienie tego działu w nadzwyczajnie wykonanych preparatach i modelach jest, jak łatwo można zrozumieć, objawem wielkiej odwagi ze strony kierowników muzeum; jest jednak czynem przemyślanym i dążącym do wczesnego uświadamiania młodzieży, bo już od 9-go roku życia. Przebieg ciąży, poronień i porodu jest jak najszczegółowiej demonstrowany w taki sposób, że nie wywołuje uczucia niesmaku i nie robi wrażenia pornografji. Co prawda jest dla młodzieży poniżej lat 16-tu dozwolone wejście do tego działu tylko w towarzystwie starszych, a poza tem jest jeszcze inna salka, w której ten sam temat jest przedstawiony znacznie ostrożniej pod formą sposobów rozmnażania się świata roślinnego i zwierzęcego.

Dział eugeniki daje wiadomości o dziedziczności, przedstawia popularnie prawo Mendla, naukę o genach i okazuje kilka drzew genealogicznych, świadczących o dziedziczności niektórych chorób umysłowych i nałogów. Tuż obok przedstawiono praktyczne zadania eugeniki, czy to w zakresie polityki rozwojowej państwa, czy to wyników pracy poradni małżeńskich, a właściwie przedmałżeńskich.

Interesującym jest dział traktujący o wychowaniu higjenicznem narodu „Hygienische Volkserziehung", są tam zestawione wszystkie sposoby uświadamiania ludności, a więc słowem mówionem, przez radjo, ulotki, pisma, pokazy i obrazy kinowe. Wśród powodzi ulotek i pism traktujących o działalności Międzynarodowego Czerwonego Krzyża pisanych w najrozmaitszych językach nie można było znaleść słowa polskiego.

Bardzo dokładnie opracowano dział odżywiania. Przystępnie zilustrowano podstawy przemiany materji. Obok omówienia zasadniczych składników odżywiania człowieka, zwrócono specjalną uwagę na działy praktyczne nauki o odżywianiu, a więc n. p. podkreślono rolę dokładnego żucia dla dobrego trawienia i podano, że trzeba, przyjmując jako jednostkę żucie miękuszki chleba lub jabłka, żuć skórkę chleba 32 razy tak długo, gotowane mięso wołowe 56 razy, a szynkę 100 razy tak długo. Następnie uwzględniono w ocenie higjenicznej czynnik ekonomiczny odżywiania, wykazując, że węglowodany są najtańszym materjałem kalorycznym, tłuszcze są trzy razy tak drogie, a białko przynajmniej pięć i więcej razy. Uwzględniono znaczenie przyrządzania i odpowiedniego podania pokarmu dla higjeny odżywiania, wreszcie szeroko omówiono rolę witaminów i awitaminozy.

Jako ciekawy szczegół zauważono, co było zresztą już znane, że istnieje związek między występowaniem gnilca, a nieurodzajem ziemniaków. Odnośnie do przykładów z historji świata podano, że n. p. Vasco de Gama w swojej podróży do Indji naokoło Afryki stracił ze swoich 168 ludzi 100 ludzi. Także z czasów wojny światowej podano, że twierdza Kut el Amara miała podczas oblężenia dwie epidemje: szkorbutu i beri-beri. Europejczycy chorowali na szkorbut, gdyż żywili się konserwami mlecznemi i mięsnemi, a mahometańskie wojska chorowały na „beri-beri", gdyż odżywiały się ryżem zanadto dokładnie łuszczonym.

Przechodząc do działu p. t. zdrowie i choroba spotykamy główne przyczyny wewnętrzne choroby, a więc naukę o wrażliwości i odporności organizmu w związku z budową ciała, przyczem podano w świetnych modelach typy ludzkie, podzielone na cztery grupy według Sigaud: 1) mózgowca, 2) oddechowca, 3) mięśniowca, 4) trawieńiowca. Z drugiej znów strony nie zapomniano o podziale ludzi na dwie zasadnicze grupy: „shysothymików" czyli „leptosomików" i „cyclothymików" czyli „pykników".

Z zewnętrznych warunków, wywołujących chorobę, podano warunki klimatyczne (miasta albo wsi) i społeczne (odnośnie do zamożności albo płci). Wszystkie te warunki zewnętrzne podzielono następnie wedle działania chemicznego, elektrycznego i termicznego na oragnizm. Omówienie działu żywych zarazków chorobotwórczych jest dopiero w opracowaniu.

Dział 11-ty traktujący o gruźlicy jest wyczerpująco opracowany i ilustrowany oryginalnemi preparatami. Przedstawiono tam istotę zakażenia, procesy chorobowe w organizmie i wszystkie metody walki z gruźlicą czy to walki w jednym organizmie, czy walki narodu z tą chorobą społeczną.

Dział chorób wenerycznych został opracowany z pomocą niemieckiego Towarzystwa do walki z chorobami wenerycznemi i jest podobnie objaśniony, jak dział gruźlicy. Można podkreślić interesujące daty statystyczne, że w Niemczech w roku 1927 było świeżych zakażeń gonorrhoe 225.000. Ciekawie wygląda omówienie nowej ustawy mającej na celu zwalczanie prostytucji. Jako jedną z danych przemawiających przeciw reglamentacji podano, poza szeregiem innych argumentów fakt, że gdyby uznano prostytutkę za osobę zarobkującą, musianoby zakażenie weneryczne, gdyby mu uległa, uważać za chorobę zawodową, a więc pociągającą za sobą specjalne świadczenia społeczne.

Dział chorób zakaźnych jest przeważnie ilustrowany wykresami i właściwie także jest w organizacji.

Ciekawą, bo najstarszą statystykę świata przedstawiło miasto Augsburg, podając daty urodzin, małżeństw i śmierci od roku 1501 do roku 1929. Zarysowują się tam wyraźnie okresy wielkich plag i długotrwałych wojen.

Choroba raka jest traktowana jako choroba społeczna. Podano tam najnowsze sposoby badania, przyczyny jego powstania, metody wczesnego zapobiegania i podkreślono jego znaczenie społeczne. W Niemczech zmarło na raka w r. 1927, 69.000 ludzi, podczas gdy na gruźlicę zmarło 59.000. Pod względem ekonomiczno-społecznym inne ma znaczenie śmierć z powodu raka występującego u osób w wieku od 30-go do 70-go roku życia, a gruźlicy, która pociąga ofiary głównie między 15-tym aż do 60-tego roku życia

O dziale historycznym, przedstawionym pięknie na freskach i osobno zgrupowanych pasorzytach zwierzęcych, nie widzę potrzeby mówić szerzej.

W osobnym pawilonie przedstawiono t. zw. „Seelische Hygiene" i „Der nervöse Mensch", a więc podano dalej ten dział higjeny, który dotyczy człowieka jako jednostki. Głęboko ujęto istotę powstania zaburzeń nerwowych w życiu duchowem, polegającą często na konflikcie między jednostką a społeczeństwem, co odpowiada konfliktowi między wyobrażeniem a rzeczywistością. Uwzględniono znaczenie wychowania, a więc wpływ na tworzenie się i kształtowanie życia duchowego dziecka. Przedstawiono tam okresy, w których występują u dziecka pewne wyobrażenia i pojęcia ,co może dać wychowawcom i rodzicom praktyczną lekcję, jak mają się ustosunkowywać do dziecka w rozmaitych okresach wieku. Idąc od człowieka normalnego, omówiono wszystkie przyczyny zaburzeń życia duchowego, a więc dziedziczność, wpływ narkotyków i wogóle wpływ dzisiejszych wzmożonych wymagań od człowieka, podkreślono wpływ szalonego tempa życiowego i zakończono pokazem nowożytnie urządzonych zakładów dla obłąkanych, przyczem zaznaczono leczniczy wpływ pracy i zgromadzono najrozmaitsze owoce pracy umysłowo chorych. Nie zapomniano także przedstawić rezultatów specyficznego leczenia niektórych chorób umysłowych, (lues malarją). W dziale traktującym o samobójstwie i jego przyczynach zauważyłem następujące zdanie: „W Niemczech co pół godziny odbiera sobie człowiek życie"!

Przejdźmy teraz do weselszej i budzącej nadzieje lepszej przyszłości dziedziny. Olbrzymią grupę wystawową stanowi sport i higjena ciała. Obejmuje ona, obok kilkunastu sal wystawowych, założonych okazami przemysłu niemieckiego sportowego i wynikami działań towarzystw sportowych, wspaniałe boiska, śliczną pływalnię z trybunami, rozkoszne miejsca zabawowe zielenią otoczone, które w każdej porze dnia były pełne rozbawionej i czerstwo wyglądającej młodzieży obojga płci. W Niemczech jest bardzo silnie uprawiana propaganda wycieczek pieszych młodzieży, znakomitych dla rozwoju fizycznego i wyrobienia samodzielności, a dla ułatwienia tej akcji są wszędzie rozsiane gospody (Jugendherbergen). Model takiej gospody widzimy na Wystawie w sąsiedztwie innych typów domków przeznaczonych na „weekend".

W osobnym pawilonie poświecono uwagę macierzyństwu, higjenie matki i dziecka, gdzie oprócz dat i t. zw. części naukowych pokazano wystawę przemysłu niemieckiego tego działu. Podkreślono tam podwójny ciężar kobiety jako osoby zarobkującej, pracownicy i matki. Przed rokiem było w Niemczech 11 i pół miljona kobiet pracujących, a z tego 4 miljony kobiet zamężnych pracujących. Zastraszający spadek urodzin w Niemczech jest prócz innych motywów spowodowany ciężkiem położeniem materjalnem ogółu. Fakt, że obecnie w Niemczech rodzi się na 1000 ludzi 18.6 dzieci, a we Francji 18.2, podczas gdy jeszcze rodziło się ich w roku 1913 w Niemczech 28.3, a we Francji w tym także roku 18.2 budzi poważną troskę higjenistów i mężów stanu, którzy nawołują do racjonalnego wychowywania dzieci i zmniejszenia w ten sposób ich śmiertelności. Nie pociesza ich fakt, że Rosja daje nawal kolosalną cyfrę urodzin na 1000 ludzi 43.8. U nas rodzi się na 1000 przeszło 30. Niemcy przypuszczają, że zrobiły pierwszy krok, aby się stać narodem wymierającym.

Wśród gęsto rozsianych eksponatów modelowanych futurystycznie w drzewie, widziałem liczne, umieszczone na ścianach wystawowych sentencje. Jedną z nich przytaczam: dziecko nie powinno liczyć do 100, ale powinno przychodząc do szkoły umieć ubrać się i rozebrać, zęby sobie wyczyścić, ręce umyć i samo pójść do wychodka.

W dziale traktującym o niemowlęciu pokazano, jak może tanio najuboższa rodzina ze starych pak towarowych urządzić czyste i praktyczne łóżeczko z wanienką i szafką, którą zapełniono niezbędnemi przyborami dla niemowlęcia. Istotnie cena takiej zaadaptowanej paki wynosi coś 6 marek.

Dwa następne wielkie działy, dotyczące środków żywności i ubrania, są przeważnie wystawą przemysłową, gdzie najrozmaitsze fabryki konserw i przetworów żywnościowych, jak również odzieżowych, podały mniej lub więcej bogate i pomysłowe eksponaty.

Na uwagę zasługuje akcja społeczna za rozprzestrzenianiem spożycia chleba żytniego i jęczmiennego, którego rozmaite postacie jak n. p. Schlütterbrot są tam sprzedawane. Państwowy zakład badania środków spożywczych podał rozmaite sposoby zafałszowywania środków spożywczych i metody ich wykrywania.

W pawilonie przemysłu browarnianego widniały atesty poważnych profesorów Uniwersytetu i czołowych sportowców niemieckich, potwierdzające, że alkohol w małych dawkach podnosi wydatność pracy! Trudno mi było to pogodzić z propagandą absolutnej wstrzemięźliwości głoszoną na tej samej wystawie w dziale sportowym przez tych samych profesorów. Ale tu odgrywały rolę względy gospodarcze.

Mieszkania i osiedla:

Dział, dotyczący siedzib ludzkich, rozpoczyna model nowożytnego miasta i pokaz rozmaitych planów, przyczem starano się dostarczyć dla każdego mieszkania dostateczną ilość światła i powietrza. Sprawa dostarczenia wody, kanalizacji i usuwania śmieci jest bogato objaśniona modelami będącemi w ruchu. Jako praktyczne przykłady osiedli widnieją niezmiernie interesujące budynki wraz z urządzeniami wewnętrznemi. Przeznaczone są one dla jednej rodziny z małą ilością dzieci, gdzie ojciec jest chory na gruźlicę, inny domek uwzględnia konieczność urządzenia takiego, aby ojciec inwalida wojenny, pozbawiony możności chodzenia mógł się swobodnie na wózku w mieszkaniu poruszać. Do domów przytykają specjalne ogródki, a dla dzieci są specjalne przybory do ćwiczeń gimnastycznych. Obok tych budynków postawiono szkołę nowego typu, z werandami bardzo obszernemi, częściowo krytemi, służącemi do nauki. W budynku tym są natryski, osobne umywalnie do mycia rąk, a osobne do nóg, szatnie a wreszcie ogródki, które w dalszym ciągu łączą się z szeregiem ogrodów działkowych uzupełniających, w przekonaniu organizatorów, szczupłe miejskie mieszkanie. I tu na tablicy w szkole mamy znów sentencje jako przestrogę i naukę dla rodziców: „każde dziecko przepędza w szkole 10.000 godzin, a mieszka i żyje w niej pół dnia. Szkoła więc koniecznie powinna odpowiadać warunkom higjeny!".

W osobnym wielkim pawilonie zajęto się higjeną pracy zawodowej i psychotechniką. Nie podobna przytaczać wszystkich oddziałów, wspomnę tylko o znakomicie opracowanym dziale zatruć przemysłowych jak n. p. ołowiem, aniliną i t. d. i działaniu rozmaitych pyłów i innych szkodliwości, a wreszcie o organizacji opieki państwowej nad robotnikiem. Sprawa szkodliwego oddziaływania miasta na człowieka z powodu przebywania wśród huku, gwaru i gwałtownych zmian światła, jest przedstawiona pod formą naturalnej wielkości auta, poruszanego przez manekina po linji kolistej, auta, przelatującego ze znaczną chyżością wśród ustawicznego ryku klaksonu i oślepiających świateł reflektorów.

Cały dział psychotechniki można streścić w zdaniach: ażeby praca była wykonana zadowalniająco potrzeba: 1) cielesnego uzdolnienia (do tego służy badanie lekarskie), 2) duchowego uzdolnienia (do tego trzeba badania psychotechnicznego), 3) zamiłowania, (do czego służy porada przy obieraniu zawodu).

Jest zrozumiałem, że wszystko to jest ilustrowane niezliczonym szeregiem eksponatów.

Opiece nad chorym człowiekiem poświęcono olbrzymi budynek zawierający urządzenia wzorowych szpitali, gdzie prócz tego, pomieszczono w jednej z hal paręset planów szpitali, z czego wynika, że projektowanie szpitala musi być uznane za specjalność architektoniczną i konstruktorską. We wspomnianym gmachu podano najnowsze urządzenia klinik, sal operacyjnych, laboratorjów, instalacyj leczniczych, kąpielowych i mechanicznych, oddziały leczenia roentgenem, radem i światłem finsenowskiem. Specjalnie kosztowne są urządzenia sal operacyjnych, posiadających rozsuwane szklane sufity, olbrzymie lampy niedające cienia, skombinowane aparaty do narkozy i wiele innych dotychczas nieznanych urządzeń i udogodnień.

Pozatem uwzględniono urządzenia oddziałów dziecinnych zakaźnych, rozmaitych oddziałów dla dorosłych, sal dla położnic, oddziały dla aptek, sal sekcyjnych, chłodni specjalnych i t. d. Szczególnie interesująca była część tycząca się organizacji szpitalnictwa i pielęgniarstwa niemieckiego, gdzie na modelach i wykresach podano rozmaite formy kierowania szpitalem, czy to przez dyrektorów lekarzy, czy przez zarządców, czy przez podział między nich czynności, czy przez radę nadzorczą, czy to przez jeszcze inne formy kierownictwa Na dalszych tablicach uprzystępniono sprawę techniki przyjmowania i wypuszczania chorych, rentowność szpitali, a w końcu uwzględniono organizację praktycznego wyszkolenia służby lekarskiej i pielęgniarskiej szpitala

Według niemieckiej statystyki, ilość korzystających z pomocy szpitalnej ogromnie wzrosła, przyczem stwierdzono, że odmiennie niż w czasach przedwojennych przebywa w szpitalach 60% kasowych chorych, 30% osób posiada prawo do korzystania ze świadczeń instytucji opieki społecznej, a tylko 10% jest takich, którzy z własnych funduszów pokrywają opłaty szpitalne (Selbstzahler). Balastem szpitali są ludzie starzy i chorowici „Die Menschen werden älter". Przed wojną średnia granica wieku dochodziła w Niemczech do 49 lat, a obecnie przekroczyła 57 lat. W roku 1910 na 1.000 osób do 60-go roku życia dochodziło 78 osób, a dziś dochodzi do 60-ki 92 ludzi. Zwiększyła się więc ilość ludzi w wieku późniejszym, w którym chorobowość jest większa. Nastąpił także przewrót w organizacji administracji szpitalnej. Podczas kiedy dawniej wydawano na świadczenia rzeczowe 70% a na wydatki personalne przeznaczano 30% z budżetu rocznego szpitala, to teraz wydaje się na wydatki personalne 60%, a na świadczenia rzeczowe (opał, światło, woda, leki, koszta utrzymania i t. d.) 40%.

Nie bez wpływu na podniesienie się kosztów utrzymania szpitali pozostało wprowadzenie 8-mio godzinnego dnia pracy. Reformy, którym uległo szpitalnictwo w Niemczech, spowodowały nietylko poprawę wyglądu szpitali na zewnątrz i wewnątrz, ale także usprawnienie ich działalności. Uzyskano to drogą przeróbek konstrukcyjnych, a nadto przez ulepszenie organizacji pracy. Wprowadzono system jak najdalej posuniętej specjalizacji w odpowiednich działach, tworząc n. p. w dawnych oddziałach chirurgicznych pododdziały: urologiczny, uszny, ortopedyczny, chirurgji układu nerwowego, mechanoterapeutyczny i t. d. Ulepszono w ten sposób lecznictwo oddając chorych odrazu w ręce odpowiedniego specjalisty i skrócono tem samem czas pobytu chorego w szpitalu.

Państwo niemieckie, kraje i miasta podały w olbrzymim i co prawda trochę pustym pawilonie przegląd tego, co w 100-tu la-

tach na polu higjeny zrobiono. Pouczającą jest dla nas wytyczna t. j. dalszy plan pracy państwa i jego zadania na przyszłość w tej dziedzinie. Zastanowienie się nad poniższem da nam miarę tego, co już wykonano, o czem się już nie myśli jako o rzeczy skończonej i powie nam o brakach higjenicznych w Niemczech, co będzie można porównać ze stanem higjeny i zadaniami czekającemi nasze Państwo. A więc odnośnie do gruźlicy tak uszeregowano zadania przyszłości: 1) wyłapywanie otwartej gruźlicy, 2) higjena mieszkań dla gruźlików, 3) opieka nad dzieckiem gruźliczem, 4) leczenie chorych, 5) pomieszczenie ciężko chorych, a na końcu 6) szczepienie przeciwgruźlicze. Co do chorób wenerycznych tak zaszeregowano: 1) wyłapywanie i leczenie wszystkich weneryków, 2) urządzenie oddziałów wenerycznych w szpitalach, 3) opieka socjalna i zdrowotna nad zagrożonymi (Gefärdeten).

Odnośnie do walki z alkoholizmem: 1) naukowe zbadanie sprawy, 2) uświadamianie młodzieży, 3) propaganda bezfermentatywnego zużycia owoców i winogron (jasne, że chodzi tu o ekonomiczne rozwiązanie sprawy), 4) opieka nad alkoholikiem.

W dziedzinie opieki nad wiekiem szkolnym konieczną jest w Niemczech jeszcze: 1) powszechna kontrola lekarska uczniów, 2) higjena budynków szkolnych, 3) opieka nad odżywianiem i wypoczynkiem oparta na naukowem badaniu, 4) nauka na wolnem powietrzu, 5) „Schullandheime" szkoły — internaty na wsi.

Zadania państwowe odnośnie do eugeniki tak się przedstawiają: 1) wprowadzenie nauki o dziedziczności i eugenki do nauki szkolnej, 2) urządzenie instytutów badawczych i stworzenie katedr, 3) rozbudowa towarzystw eugenicznych, 4) wprowadzenie statystyki rodzinnej do statystyki państwowej, 5) akcja socjalna dla tłumienia obciążenia dziedzicznego i utrzymania zdrowych rodzin.

Odnośnie do powsz. uświadomienia higjenicznego konieczną jest w Niemczech: 1) nauka higjeny we wszystkich szkołach, 2) udział prasy, radja i filmu, wreszcie 3) rozbudowa organizacyjna po wsiach.

W dziedzinie walki z rakiem: 1) tworzenie poradni dla wyłapywania chorych, 2) zdobycie radu dla leczenia, 3) uświadomienie o pierwszych objawach choroby, 4) umożliwienie każdemu wczesnego leczenia.

Zadania komunalnej opieki zdrowotnej są już ograniczone: 1) opieka ta ma objąć zawsze całą ludność, 2) ma zwalczać raka, reumatyzm i cukrzycę (ciekawe, że o chorobach zakaźnych niema wzmianki), 3) gmina ma współdziałać przy perjodycznem badaniu dorosłych.

Państwowy wydział zdrowia „Reischsgesunheitsamt" tak określa swoje przyszłe prace w kierunku odżywiania ludności: 1) wykorzystanie własnych wytworów i wzmożenie własnej produkcji, 2) opracowanie schematów odżywiania masowego, szpitalnego i dietetycznego, 3) wydanie rozporządzenia o środkach spożywczych (ostatnie jest z roku 1927 i jest już przestarzałe), 4) wydanie ustawy o mleku „Milchgesetz".

Porównanie sposobów, w jaki rozwiązuje się zagadnienia medycyny społecznej u nas, wymagałoby obszerniejszego opracowania. Nie mogę jednak powstrzymać się od wyrażenia zadowolenia, że nie jesteśmy bardzo w tyle, że istotnie na polu higjeny społecznej dotrzymujemy kroku zachodowi, chociaż mamy warunki pracy znacznie trudniejsze. Rzuca się coprawda w oko różnica odnośnie do chorób zakaźnych i różnica w poziomie kultury higjenicznej naszego Państwa, którebym podzielił na trzy z północy na południe biegnące strefy, 1) Wielkopolskę ze Śląskiem i częścią Województwa krakowskiego, 2) byłe Królestwo i część Województw południowo-wschodnich, a wreszcie 3) z najniżej stojącą strefą ziem graniczących z bolszewią. Zadania te odnośnie do tych trzech stref są różne, a już Województwa wschodnie nie mogą być porównywane z oddawna kwitnącym stanem kultury higjenicznej w całych Niemczech.

Niedaleko opisanego pawilonu na t. zw. Placu Narodów, stoją pawilony osobne lub połączone ze sobą, w których 29 państw świata pokazało swój dorobek higjeniczny. Niemożliwem jest omówienie tego działu w całości, w tym już i tak przydługim referacie. Szwajcarja pokazała przecudne krajobrazy górskie i sanatorja, Austrja kolosalną rozbudowę ubezpieczeń społecznych, Jugosławia olbrzymie wysiłki nad asenizacją kraju, Francja epokowe odkrycia naukowe i akcję kolonjalną zgrupowaną w salach pod nazwiskami „Roux", „Pasteur" i t. d., gdzie prócz tych widnieją jeszcze nazwiska Calmette, Guerin, Levaditi, Nicolau, Fourneau, Ramon, Weinberg, Bertrau, Borrel, Legroux, Nicolle, Sergent, Mesnil i gdzie niebrak pani Curie.

Nie będę już mówić o Stanach Zjednoczonych z ich produkcją mleka i działalnością „Tozu" w Ameryce, ani o Wielkiej Brytanji, Norwegji, Japonji, Meksyku, Chile, Argentynie i t. d., dorzucę tylko kilka słów o potężnem wrażeniu, jakiego doznałem przy wejściu do pawilonu sowieckiego. Sowiety olbrzymim nakładem zorganizowały swoją halę. Wrażenie to określić można po francusku jako „epatant" (zdumiewające). Pokazy i wykresy silące się na oryginalność, pozostają nawet dla fachowca w części niezrozumiałe. Rozmach jednak widać w każdym kierunku ogromny. Mimowoli, widząc olbrzymie cyfry, przypuszcza się, że nie wszystko to, co pokazano, jest zgodne z prawdą, a już doprawdy niemożliwem jest porównywanie z innym krajem, bo tego organizatorzy wystawy sowieckiej skrzętnie unikają. Osobny dział naukowy gromadzi ciekawych Niemców, którzy wertują książki i fotografje pełne niezrozumiałych dla nich napisów. Nie chciałbym ośmieszać lub krytykować organizatorów tej wystawy, ale robi ona wrażenie propagandy i jeszcze raz propagandy, np. wylepienie całego olbrzymiego sufitu, rosyjskiemi afiszami propagandowymi, kino bezustannie funkcjonujące z obrazami szczęścia i ładu w Sowietach, przedstawienie zniszczenia wojennego, które uległo metamorfozie wskutek rządów obecnych, — to przecież propaganda; a wreszcie takie sentencje na tablicy: „każda kucharka musi się nauczyć rządzić państwem". Odnosi się to do równouprawnienia kobiet, i udziału kobiet w rządach sowieckich, jednak na wystawie wygląda opacznie. Powtarzam, że wystawę sowiecką taka cechuje oryginalność, że zaryzykować można zdanie „forma pokazu zabiła treść". Nie wiem czy zachód, którym są Niemcy, zrozumie stosunki i warunki higjeniczne niesłychanie rozległej i różnorodnej Republiki sowieckiej, i czy wczuje się w wysiłki asenizacyjne w sowieckiej chacie słomianej, umieszczonej w naturalnej wielkości w pawilonie, gdyż Zachód jest przyzwyczajony do widoku domu miejskiego ogniotrwałego i stojącego na pewnym poziomie higjenicznym. Nie mniej jednak odnosi się wrażenie, że Sowiety przeprowadzą rzeczy trwałe i wielkie.

Kilka słów chcę poświęcić Litwie, która pokazała wiele dorobku higjenicznego, ale też i dosyć folkloru. Wilno, według Litwinów, organizacyjnie należy naturalnie do Litwy, i chwilowo znajduje się pod polską okupacją. Sąsiednia Rumunja, podobnie dała raczej wnętrze chaty, stroje i zwyczaje ludowe niż nowości higjeniczne. Ciekawa jest powojenna Turcja, gdzie się styka nauka higjeniczna Zachodu z zakorzenionemi przesądami Wschodu, ale doprawdy brak czasu na omówienie tej grupy.

„Völkerbund" Związek Narodów dał również owoce swej dziesięcioletniej pracy na polu higjeny w osobnych halach. Jako punkt centralny figuruje tam olbrzymia plastyczna mapa świata, na której za pociągnięciem guzika ukazują się punkty rozmieszczenia 5-ciu plag ludzkości, każda innym kolorem światła przedstawiona a to: dżumy, cholery, febry żółtej, ospy i tyfusu plamistego. Obok są widoczne wyniki prac siedmiu Komisyj Związku Narodów, zajmujących się zwalczaniem na świecie malarji, syfilisu, raka, śmiertelności dzieci, śpiączki, standaryzacją surowic i środków lekarskich, a wreszcie szczepieniem przeciwospowem. Odnośnie do dat tyczących szkarlatyny na świecie wynotowałem sobie takie cyfry: że na 100.000 mieszkańców umiera na szkarlatynę w Japonji 0.4, w Danji 0.1, w Niemczech 1.7, w Nowej Zelandji stan się pogorszył bo w r. 1922 było 0.8, a obecnie 3.4.

Stwierdzono, że w świecie jest więcej cięższych postaci szkarlatyny, ale mniej przypadków śmierci. (My jednak we Lwowie musimy powiedzieć, że obecna epidemja szkarlatyny, nietylko jest lżejszą co do formy, ale nie daje większego procentu śmiertelności).

Konferencja w Paryżu, która niedawno radziła nad sprawą płonicy, poleca badać: 1) jak można wykorzystać wyniki odczynu Dicków, 2) badać metody czynnego uodpornienia, 3) badać rozmaite antigeny, które dla reakcji Dicków są używane.

Zapomnieliśmy jeszcze o dziale traktującym o tępieniu szkodników, który jest naturalnie wyczerpująco opracowany i bogato ilustrowany modelami będącymi częściowo w ruchu

Na końcu trzeba wspomnieć o osobnym wielkim dziale Wystawy, położonym na uboczu, zatytułowanym „Landwirtschattliche Gruppe" z całą wzorową niemiecką fermą i pawilonami zajmującemi się higjeną zwierząt i roślin, która pozostaje w związku z higjeną człowieka.

Jak wielkiem było zainteresowanie świata całego Wystawą, wykazuje fakt, że 29 państw, i rozmaite związki międzynarodowe brały w nim udział i że w czasie trwania Wystawy t. j. w czasie 149-ciu dni odbyło się tam 160 kongresów. Jak płodną dla literatury, głównie niemieckiej była Wystawa higjeniczna widać

z tego, że prócz poważnego katalogu Wystawy i szeregu pism wydawanych miesięcznie przez Komitet Wystawy, wyszło całe mnóstwo artykułów w prasie i informacyj dla prasy, szereg rozmaitych wydawnictw, a nadto duże dzieło p. t. „Der Mensch".

Nie można zapomnieć o wspaniałem położeniu całej Wystawy zajmującej około 400.000 metrów kwadratowych powierzchni i o założeniach ogrodowych i parkowych, miedzy któremi wybijała się na pierwszy plan t. zw. „Aleja stu fontan" „Hundertbrunnenallee" świecąca wieczorem różnokolorowo dwustukilkudziesięciu wodotryskami.

Sprawa udzielania informacyj, sprawa komunikacji i zapewnienia miłego pobytu zwiedzającym, tak w mieście jak i na Wystawie była świetnie rozwiązana.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Protokół posiedzenia Sekcji do spraw walki z rakiem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytego w dniu 17. września 1930 r.

Obecni: z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych:

Dr. Jan Adamski, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia;

Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału w Departamencie Służby Zdrowia;

Dr. Jakób Sęczyc, Radca ministerjalny w Departamencie Służby Zdrowia;

Prof. Dr. Adam Czyżewicz, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia;

Prof. Dr. Paszkiewicz;

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz;

Doc. Dr. Sterling-Okuniewski.

Przewodniczy Dr. Jan Adamski.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

Na porządku dziennym projekt ustawy o zwalczaniu nowotworów złośliwych.

Posiedzenie zagaja Dr. Jan Adamski, poczem Dr. Jakób Sęczyc przedstawia stan faktyczny sprawy.

Polski Komitet do zwalczania raka złożył w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych projekt ustawy o zwalczaniu raka.

Projekt ten jest wzorowany na rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy.

Departament Służby Zdrowia nie mógł temu projektowi nadać zwykłego biegu, gdyż postanowienia projektu są dostosowane do choroby zakaźnej, podczas gdy co do raka nie jest ustalone, czy komórka rakowa zawdzięcza swoje właściwości drobnoustrojowi zakaźnemu, czy drażnieniu lub dziedziczności.

Departament przeto opracował ze swej strony niektóre tezy dla projektu ustawy o zwalczaniu raka, które należałoby wziąć pod rozwagę. Argumenty, wysunięte w dyskusji, będą również służyły do uzasadnienia poszczególnych postanowień.

W projekcie, opracowanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, został uwzględniony obowiązek zgłaszania, chociaż co do tego obowiązku istnieją wątpliwości, gdyż rak nie jest chorobą niebezpieczną dla otoczenia. Raczej chodziłoby o pouczenie chorego o koniecznej potrzebie jak najszybszego rozpoczęcia leczenia. Kwestja odosobnienia budzi również wątpliwości. Co do obowiązków ponoszenia kosztów leczenia chorych, to projekt obowiązki te nakłada na związki komunalne.

Dr. Sterling-Okuniewski zaznacza, że zjazd przeciwrakowy powziął uchwałę, wzywającą Zarząd Towarzystwa do zwrócenia się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o utworzenie sekcji przeciwrakowej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. Mówca stwierdza, że wyłoniła się konieczność wydania ustawy przeciwrakowej.

Dr. Krzyształowicz zaznacza, iż projekt ustawy może mieć jeden tylko cel, a to otrzymanie statystyki zachorowań na raka.

Dr. Sęczyc znajduje, iż dane statystyczne można byłoby otrzymać ze szpitali.

Dr. Sterling uważa, że art. 6 projektu ustawy nakłada poniekąd pewne obowiązki co do zwalczania raka na związki komunalne, chociaż artykuł ten ma przedewszystkiem ideowe znaczenie.

Prof. Dr. Czyżewicz zwraca uwagę, że mogą powstać trudności, dotyczące otrzymania dokładnej statystyki, a to z powodu kolizji z obowiązkiem tajemnicy lekarskiej.

Mówca jest zdania, że bardziej celowe byłoby wprowadzenie wykazów cyfrowych: wykazy byłyby przedkładane przez właściwe Izby lekarskie. Pewien procent chorych leczy się w szpitalu, w związku z czem szpitale mogłyby dostarczać również odnośne dane.

Postanowienia art. 5 trudne są do przeprowadzenia; obowiązek związków komunalnych uprzystępnienia chorym niezamożnym leczenia może być wprowadzony na podstawie rozporządzenia o zakładach leczniczych.

Dr. Sterling-Okuniewski znajduje, że szpitale nie obejmują całego materjału chorych, gdyż chorzy poza tem mogą leczyć się prywatnie lub ambulatoryjnie.

Prof. Dr. Czyżewicz znajduje, że przeważająca większość chorych przechodzi przez szpitale i ambulatorja.

Prof. Dr. Krzyształowicz porusza kwestję, czy nie należałoby oprzeć projektowanych postanowień na rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

Prof. Dr. Paszkiewicz jest zdania, że przymusowe zgłaszanie nie może istnieć, bo nie ma naukowego uzasadnienia. Dane statystyczne co do zachorowań na raka są ważne dla administracji państwowej, a zwłaszcza celem ustalenia miejsca urządzenia ośrodków dla leczenia raka.

Dr. Adamski, reasumując wyniki dyskusji, proponuje wyłonić Komisję w składzie 3-ch osób, którąby miała na celu zebranie materjału i na jego podstawie opracowanie wniosków sekcji co do dalszej działalności w kierunku rozwinięcia akcji walki z rakiem.

Do składu komisji uchwalono prosić:

Prof. Dr. Adama Czyżewicza,

Doc. Dr. Sterling-Okuniewskiego, z Komitetu zwalczania raka, oraz

Dr. Jakóba Sęczyca, Radcę ministerjalnego.

Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerba.* Przewodn.: *Dr. Adamski.*

OCENY I SPRAWOZDANIA.

G. Portmann et J. Laponge: *L'Amygdalectomie totale. Les Presses Universitaires de France.* Paris. 1930, str. 238, z ilustracjami — cena 35 fr. (Nr. 20 des Monographies Oto- Rhino- Laryngologiques).

Na wstępie omawiają autorowie problem chirurgiczny migdałków. Jest to problem stary, który ciągnie się jak nić czerwona przez całą historję medycyny od pierwszych jej zaczątków w starożytności aż do czasów dzisiejszych. Ciągle jeszcze niema jedności wśród laryngologów zarówno co do wskazań operacyjnych jak i co do techniki operacyjnej. Niema kongresu, niema czasopisma specjalistycznego, w którymby nie była prowadzoną żywa polemika między zwolennikami zupełnego wyłuszczenia migdałków, a ich przeciwnikami, między badaczami odmawiającymi migdałkom wszelkiego znaczenia a innymi, którzy przypisują im ważną rolę w organizmie. Trzeba jednak przyznać, że „tonsillectomia" zdobywa coraz więcej zwolenników i że większość modnych specjalistów oświadczyło się za nią. Może zbliżamy się do zlikwidowania problemu, trwającego przeszło 20 wieków. Stosunkowo najwięcej przeciwników znajduje się jeszcze we Francji; ten względ skłonił autorów do wydania powyższej monografji a uczynili to tem chętniej, ponieważ pierwowzór wyłuszczenia migdałków, z którego wzięły początek inne operacje, pochodzi z Orleanu. Jest to metoda Vachera.

Autorowie omawiają dokładnie embrjologję, anatomję chirurgiczną i patologiczną migdałków, wyluszczają wszelkie wskazania i przeciwwskazania, wreszcie opisują szczegółowo metody operacyjne a mianowicie metody Sludera, Vachera i Portmanna; pierwsze 2 zalecają stosować u dzieci, ostatnią u dorosłych. W osobnym rozdziale są zebrane powikłania operacyjne i pooperacyjne, wśród ostatnich poświęcono szczególnie wiele uwagi krwotokom i ich leczeniu.

Całość napisana jest w sposób jasny i przejrzysty, przystępny dla każdego lekarza, ale zawiera też szereg szczegółów, mogących zainteresować specjalistę. Technika operacyjna zilustrowana świetnymi obrazami. Do tekstu francuskiego dodane są obszerne streszczenia w języku niemieckim, angielskim, hiszpańskim i włoskim.

Józef Spira (Kraków).

Dr. Edmund Hoefler (Bad Tölz): *Die Behandlung der Blutdruckkrankheit.* Leipzig. Verlag v. C. Kabitsch. 2 Auflege. 1930. (str. 55).

W czysto praktycznej broszurze omawia autor pokrótce klinikę, rokowanie i leczenie hypertonji. Pojęcie wzmożonego ciśnienia znane już przed wojną nabrało szczególnego znaczenia po wojnie

skoro przekonano się jak częstem cierpieniem jest hypertonia essentialis. Hypertonję można podzielić według autora na: 1) Skłonność do wzmożonego ciśnienia (Hochdruckbereitschaft), pod którą należy rozumieć zdolność reagowania niedużem wzmożeniem ciśnienia na pewne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Do tej grupy zaliczają się przedewszystkiem hypertonje klimakteryczne i hypertonje występujące w przebiegu miażdżycy. 2) Nadciśnienie samoistne (hypertonia essentialis) charakteryzujące się dziennemi wahaniami ciśnienia i zdolnością do obniżenia ciśnienia po odpowiedniem leczeniu. 3) Nadciśnienie w przebiegu nerki marskiej.

Po krótkiem omówieniu rokowania przechodzi autor do leczenia hypertonia essent. Poleca ułożenie chorego do łóżka. Dla usunięcia szkodliwych czynników psychicznych koniecznym jest nieraz wyjazd do miejscowości kąpielowej. Ważnym warunkiem skutecznego leczenia jest usunięcie alkoholu, nikotyny, koffeiny. Przesadna dieta bezmięsna i bezsolna nie jest konieczną i nie zawsze daje dobre wyniki. Działanie masażu w h. ess. jest zawsze bardzo skuteczne, mimo że nie jest naukowo należycie ugruntowane. Masaż należy wykonywać codziennie rano i wieczorem, przynajmniej przez miesiąc.

Przestrzega natomiast przed hydroterapją, z wyjątkiem powoli wzrastających ciepłych kąpieli (według Heuffego) i naturalnych kąpieli kwasowęglowych.

Upust krwi od 100—350 ccm jest głównym środkiem leczniczym w h. ess., działa bowiem nietylko mechanicznie, ale również humoralnie. Autor sądzi, że wzmożone ciśnienie krwi powyżej 180 RR. wymaga upustu krwi co pół roku, ciśnienie krwi powyżej 200 mm Hg. RR. — upustu co kwartał, ciśnienie zaś powyżej 220 mm Hg. RR. daje wskazanie do upustu co miesiąc.

Ze środków leczniczych poleca znane leki obniżające ciśnienie krwi. W przypadkach wzmożonego ciśnienia krwi w przebiegu miażdżycy dobre wyniki lecznicze daje podawanie małych dawek jodu według Guggenheimera (Kalii jodati. kalii bromati áá 0,2:200,0 3 razy dziennie łyżkę, po 3-ch tygodniach podawania leku — 1 tygodniowa przerwa).

ref. *E. Szczeklik* (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski przegląd chirurgiczny, tom IX, zeszyt 4, z r. 1930: Z. Dziembowski: W sprawie pochodzenia bezbarwnej zawartości przewodów żółciowych „białej żółci" w przypadkach niedrożności przewodu wspólnego. — W. Zawadowski: Pourazowa odma czaszkowa. — E. Traczuk: Całkowity skręt jelit cienkich. — I. Laskowski: Anatomja patologiczna mięsaków kości. — M. Czyżewski: Obraz kliniczny i rozpoznanie nowotworów złośliwych kości. — W. Zawadowski: Radjodiagnostyka nowotworów kostnych.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 46, z 13 listopada 1930: M. Bornsztajn: O psychozach wieku dziecięcego. — A. Kobryner: Pierwotniaki jako zarazek grypy. — W. Czarnocki: Serce sportowe (streszcz. pogl. c. d.). — Z. Bychowski: W sprawie jeszcze jednego Wydziału lekarskiego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 46, z 16 listopada 1930: H. Ruebenbauer: Międzynarodowa wystawa higjeniczna w Dreźnie. — Rosner: Wrażenia z podróży i pobytu w Warnie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 22, z 15 listopada 1930: B. Kowalski: Stosunek lekarza praktyka do kilku ważnych zagadnień ginekologicznych. — F. Obarski: Przyczynek do leczenia otrucia kwasem solnym. — A. Galewski: Przemiana wapniowa w ustroju ludzkim.

Therapia nova, rok II, nr. 10, z października 1930: H. Wassermanowa: Leczenie nadciśnienia samoistnego (hypertonia essentialis). — A. Krasuski: O działaniu jodu i jodków w różnych cierpieniach z uwzględnieniem gruźlicy płuc. — E. Wajs: Stan szpitalnictwa warszawskiego w końcu XVIII stulecia według świadectw współczesnych.

Lekarz Polski, rok VI, nr. 11, z 1 listopada 1930: Ś. p. Dr. Michał Latkowski. — Wykład inauguracyjny Rektora Uniwersytetu warszawskiego Prof. Dr. Mieczysława Michałowicza na otwarcie roku akademickiego 1930/31. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — W. Jeżewski: Rozważania nowelizacyjne. Cz. Hoppe: Aktualne zagadnienia krzywicy. — J. Brzoza: W obronie przed wyzyskiem. — Z. Rudolf: Zjazd urbanistów polskich. — K. Koronkiewicz: Opieka nad matką i dzieckiem (luźne uwagi). — H. Kluczyński: Gościec jako zagadnienie społeczne (dok.). — Z organizacyj lekarskich.

Młoda matka, nr. 22, z r. 1930: P. Baumryter: Tran, vigantol, vitavit. — I. Bogdanowicz: Niesmaczne lekarstwo. — T. Lewenfiszowa: Opóźnione chodzenie a pamiętliwość dzieci. — Z. Morawski: Czystość to zdrowie. — Z. Glińska: Kasze. — C. Bańkowska: Rodzeństwo. — S. Lewartowicz: Kiedy rozpocząć naukę czytania.

Dziecko i matka, rok V, nr. 21, z r. 1930: Szuman: Chwytanie jako ważny etap w rozwoju niemowlęcia. — M. Benisławska: Kultura uczuć. — M. Morzkowska: Przetwory z warzyw i owoców. — Z. Brykalska: Matki nie wierzące w medycynę. Z. Michejdzina: Co trzeba przygotować dla niemowlęcia? — A. Klęsk: Jak lekarz powinien postępować z dzieckiem zwłaszcza przed zabiegiem operacyjnym? — H. Weissmann: Stany kataralne.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XII, zeszyt 5—6, r. 1930: A. Landau i J. Glass: Badania nad związkiem wzajemnym, zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwaso-zasadową ustroju. — E. Lelesz i A. Przeździecka-Jędrzejowska: W sprawie konieczności kontroli oraz ujednostajnienia metod badania preparatów i produktów witaminowych. — C. Goldberżanka: Flora bakteryjna przewodu pokarmowego żaby (rana temporaria).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 22, z 15 listopada 1930: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — A. Sabatowski: Nowe kierunki w balneoterapji. — W. Proszowski: Zalety sezonu zimowego w Truskawcu. — T. N. Podwarszawska stacja klimatyczna uzdrowisko Otwock. — Z. Kozłowski: O bolączkach naszych uzdrowisk. — St. Ciechanowski: Stan i potrzeby nauk lekarskich w Polsce (c. d.). — J. Załuska: Kasy ubezpieczenia na wypadek śmierci przy Izbach lekarskich (c. d.) — M. Welfe: Nadużycia z prześwietleniami promieniami Roentgena.

Kobieta współczesna, nr. 47, z r. 1930: S. Kuszalewska: Idea powszechnej służby obywatelskiej kobiet. — W. Grabińska: Wśród paragrafów kodeksu karnego.

Przegląd sportowo-lekarski, rok II, nr. 1—2, z r. 1930: Trzydziestoletni jubileusz pracy profesora Eugenjusza Piaseckiego na polu wychowania fizycznego. S. Ciechanowski: W sprawie miernika wychowania fizycznego. — A. Govaerts: Etude de l'effort musculaire pendent une leçon de gymnastique. — W. Misiuro i G. Szulc: Studjum przemiany oddechowej podczas intenzywnej pracy. — M. Obtułowicz: Wprawa a użycie tlenu. — J. Kaulbersz: Wysiłki fizyczne i krzepnięcie krwi. — B. Zawadzki: Badania nad czasem psychomotorycznej reakcji na utratę równowagi. — K. Stojanowski: Dobory społeczne u ludności miasta Poznania.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

Nr. 6. 1930. Beograd. Zagreb. Ljubljana. Sofia.

Uroš S. Ružičić: Zagadnienie biologicznej profilaxy w odrze.

Vidaković: Leczenie schorzeń zapalnych, niegruźliczych, małej miednicy promieniami Roentgena.

M. Simić: Przyczynek do znajomości echinokokkozy w naszym kraju.

Sv. Sp. Barjaktarović: Mięśniak macicy.

S. Davidović: Zachowawcze leczenie zgorzeli kończyn dolnych.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 7.

M. Kićevać: Dwudziestopięciolecie odkrycia krętka bladego.

M. Vučićević: O pośrednim urazie błon wewnętrznych oka przez pociski retrobulbarne i intraorbitalne.

S. Kosić-Joksić: Skurcz pęcherza, jako objaw tężyczki.

B. Gradojević: Ciągła extensja sposobem Codivila — Steinmann w złamaniach kości udowej.

J. Gwerder i L. Kalmar: Gruźlica płuc i nieżyt jelit.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 8.

V. Arnovljević: Glutation. Rola jego pochodnych w procesach oxydoreductywnych ustroju.

R. Brasovan i N. Teodorović: Doświadczenia z pyelografją wśródżylną.

S. S. Barjaktarović: Rozpoznanie i leczenie gruźlicy adnexo-peritonealnej.

D. Guelmino: Przyczynek do poznania kiły endemicznej w Sandżaku.

D. Dimitrjević: Hormony organiczne.

L. Ristić: Leczenie rzeżączki kobiecej.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 9.

M. Milovanović: O roli accidentogennej osób poszkodowanych w czasie wypadków.

E. Meyerhofer: Vernix caseosa persistens.

V. K. Ristić: Leczenie żylaków wstrzykiwaniami wywołującemi zakrzep.

B. B. Gradojević: Złamania kręgosłupa.

H. Burian: Leczenie gruźlicy tłuszczami nieswoistymi.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo hiszpańskie.
Revista medica de Barcelona.

Nr. 65. 1930.

Manuel Corachán i I. P. Figueras: *O znaczeniu klinicznem zmniejszenia zawartości soli kuchennej we krwi w niedrożności jelit.*

Autorowie niedrożność jelit traktują dożylnemi wstrzykiwaniami soli kuchennej. Podają oni pewien przypadek, w którym po laparatomji zupełnie wyraźnie nastąpiła niedrożność jelit. Chorej wstrzyknięto dożylnie 1,5 litra soli kuchennej (30 grm Na Cl) w ciągu pierwszej doby. Oprócz tego dawano leki skrzepiające serce, a także po 1 zastrzyku pituitryny i peristaltyny oraz 2 enemy z naparu liści senesowych. Stan chorej wkrótce uległ poprawie.

W innym przypadku po operacji nastąpił znaczny spadek ciśnienia krwi. Dano kamforę i surowicę z glikozą. Po 12 godzinach ciśnienie krwi uległo jeszcze dalszemu spadkowi, nastąpiło silne przyśpieszenie tętna, duszność. W ciągu nocy wstrzykiwano 2 razy koraminę dożylnie i podskórnie 250 ccm. fizjologicznego roztworu soli kuchennej. O 8 godzinie rano chora znalazła się w stanie rozpaczliwym. Dano dożylnie uabainę z koraminą i w ten sposób udało się uratować ją przez dalsze dożylne wlewanie soli kuchennej (ogółem zużyto 34 grm. Na Cl).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 22. II. 1930 r.
Przewodniczy: Prezes kol. Rożkowski.

I. Kol. Religioni z Warszawy wygłosił odczyt o preparatach firmy Karpińskiego.

Próby przeprowadzone z temi preparatami w I. klinice wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego wykazały, że nie ustępują one odpowiednim preparatom zagranicznym. Szczególniej prelegent poleca: 1) Glucalcinę, preparat wapnia stosowany domięśniowo zamiast dożylnych zastrzyków calc. chlorat., zastrzyk jest mało bolesny nie wywołuje zgorzeli i szczególniej nadaje się w praktyce dziecięcej, gdzie dożylne zastrzyki wobec bardzo wąskich żył są dość trudne. 2) Possicratinę — odpowiadającą zagranicznej Passiflorinie. 3) Corripyrinę, odpowiadającą Coraminie i 4) Panhepan — wyciąg z wątroby bardzo dobrze znoszony i zalecony w niedokrwistości złośliwej.

Dyskusja: Kol. Szaniawski wypróbował niektóre z omawianych preparatów i potwierdza dość dobre ich działanie. Kol. Koniecpolski jest zdania, że jednak preparaty wyrobu krajowego są często mniej wartościowe. Kol. Frenkenberg uważa, że preparaty krajowe są względnie dość drogie, co nie powinno mieć miejsca, wobec wysokich ceł, które obciążają preparaty zagraniczne. Mag. farmac. Nowak zarzuca przemysłowi krajowemu, że wyrzuca na rynek ogromne ilości często małowartościowych naśladownictw specyfików zagranicznych, zamiast produkować środki farmaceutyczne hurtowe, jak to robią n. przkł. Czesi. Kol. Batawja wskazuje na chaos powstający z nadmiernej ilości nazw: jeden i ten sam środek każda firma nazywa inaczej. Kol. Bram zarzuca firmom krajowym niedbałość, n. p., krajowy tetrakontrast jest zupełnie bezwartościowy. Kol. Rożkowski podkreśla brak twórczości i oryginalności oraz ślepe naśladownictwo zagranicy.

Zabierali ponadto głos w dyskusji kol. Łokczewski i Gutman.

Prelegent zgadza się, że preparaty krajowe są może niekiedy zbyt drogie, lecz wypływa to często ze sposobu produkcji, n. p., przy wytwarzaniu panhepanu z dostarczonych przez rzeźnie wątróbek cielęcych nieraz połowę odrzuca się, gdyż używa się tylko bezwzględnie świeże i zdrowe wątróbki. Co do powodzi nazw, są one skutkiem przepisów prawnych, gdyż nazwy te są prawnie zastrzeżone przez daną firmę i nie mogą być użyte przez inne firmy.

II. Kol. Rożkowski zawiadamia, że prof. Bujwid, przewodniczący Komitetu dla uczczenia pamięci prof. Widal'a prosi o materjalne poparcie Komitetu. Proponowane jest wmurowanie medaljonu w szpitalu Cahin'a w Paryżu i pełne wydanie dzieł Widal'a. Udziały po 300 fr. (otrzymuje się pełne wydanie dzieł Widal'a) i po 100 fr. (medal pamiątkowy).

Na wniosek kol. Stefana Kona T-wo Lekarskie Częstochowskie zapisało się na 300-frankowy udział.

Prócz tego na udziały 100-frankowe zapisali się koledzy Rożkowski, Łokczewski i Heyman.

III. W sprawie powiększenia funduszów T-wa i postawienia na odpowiednim poziomie biblioteki T-wa po szeregu przemówień uchwalono: 1) zwrócić się do Obwodu Częstochowskiego Związku Lekarzy P. P. z wnioskiem, aby Związek płacił komorne za wspólny lokal w wysokości 66% (zamiast dotychczasowych 50%). 2) Przyjęto wniosek kol. Stefana Kona o podniesienie z dn. 1. IV. 1930 r. składki członkowskiej z 2 do 4 złotych miesięcznie.

IV. W głosowaniu tajnem do Zarządu T-wa na 1930 rok zostali wybrani koledzy: 1) Dr. Karol Rożkowski na prezesa. 2) Dr. Władysław Wrześniowski na wiceprezesa. 3) Dr. Kazimierz Łokczewski, 4) Dr. Adam Borkowski na sekretarzy. 5) Dr. Paweł Szaniawski na skarbnika. 6) Dr. Ignacy Trennenberg na bibliotekarza. 7) Dr. Kazimierz Okuszko, 8) Dr. Ludwik Batawja na członków Zarządu. Do Komisji Rewizyjnej zostali powołani koledzy: Lek.-dentysta Gelbard, Dr. Petrykat i Dr. Szwedowski.

V. W głosowaniu tajnem zostali przyjęci w poczet rzeczywistych członków Częstochowskiego T-wa Lekarskiego koledzy: 1) Marja Konówna, 2) Jakób Zand, 3) Jan Raciborski, 4) Bernard Epstejn, 5) Dawid Kagan, 6) Juljan Fogelbaum — wszyscy z Częstochowy i 7) Jerzy Sobrański z Radomska.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Posiedzenie w dniu 22. III. 1930 r.
Przewodniczy: kol. Łokczewski.

I. Pokazy chorych:

1) Kol. Szaniawski przedstawił chore dziecko z rozległemi porażeniami po przebytej przed 5 tygodniami błonicy *(Polyneuritis postdiphtherica).* Prócz często spotykanego porażenia podniebienia miękkiego w tym przypadku porażone są *n. facialis* i *n. n. accessorii* po stronie prawej, obie kończyny górne i dolne, oraz mięśnie brzucha. Porażenie wybitniej zaznaczone po stronie prawej. Po wstrzyknięciu 16 tysięcy jednostek surowicy przeciwbłoniczej i codziennych zastrzykach strychniny porażenia powoli ustępują.

W dyskusji kol. Trennenberg zaznacza, że często porażenia pobłonicze występują wybitniej po stronie bardziej zajętego migdałka.

2) Kol. Franke przedstawił 3 chorych, operowanych w szpitalu N. Marji Panny.

a) Chorego operowanego przed 10 dniami z powodu niedrożności jelit, powstałej na skutek uciśnięcia pętli jelita cienkiego przez przyrośnięty do krezki uchyłek Meckeli'ego. Dokonano wycięcia powiększonego do rozmiarów palca uchyłka Meckeli'ego i oswobodzono nacieczony odcinek jelita. Rekonwalescencja przebiega pomyślnie; chory już chodzi.

b) Chorego 43 lat, któremu usunięto duży (wielkości główki dziecięcej) mięsak na lewej stronie szyi; guz powstał z gruczołu chłonnego. Badanie histologiczne wykazało *sarcoma microglobocellulare.* Obecnie operowany leczony jest promieniami Roentgena. Samopoczucie dobre.

c) Chorego, któremu wycięto około 40 cm jelita cienkiego z powodu licznych przedziurawień po postrzale z rewolweru. Operacji dokonano przed 3 miesiącami. Od 2 tygodni operowany (szofer z zawodu) powrócił do swej pracy.

3) Kol. Goldman przedstawił 3 kobiety operowane z powodu raka macicy i pokazał odpowiednie preparaty. We wszyst-

kich 3 przypadkach operacja wykonana była *per laparatomiam* zmodyfikowanym sposobem Wertheim'a. Przed operacją powierzchnia owrzodzenia rakowatego była przypalona Pacquelin'em.

Operowane są w różnym wieku, najmłodsza ma 24 lata. W jednym przypadku zagojenie *per primam*, w 2-ch pozostałych ropieją powłoki skórne; objawów otrzewnowych nie stwierdzono. Kol. Goldman podkreśla, że badanie histologiczne usuniętych gruczołów nie wykazało zajęcia rakowego, wobec tego uważa, że nie należy przesadzać w wyszukiwaniu gruczołów, co przedłuża bardzo czas operacji i powiększa rozmiary obrażenia tkanek.

W dyskusji: kol. Stefan Kon zwraca uwagę na bardzo dodatni wynik, osiągnięty przez kol. Goldmana, gdyż zwykle zabieg ten daje około 18% śmiertelności; zapytuje jak szeroko była otwarta jama brzuszna. Kol. Frenkenberg zapytuje, jaki jest przypuszczalny odsetek nawrotów po operacji tym sposobem. Kol. Gutman jest zdania, że jednak, im więcej usunie się gruczołów podejrzanych, tem lepsze będzie rokowanie. Kol. Goldman odpowiada, że we wszystkich 3 przypadkach była otwarta cała miednica mała; nawroty zdarzają się w 30%.

4. Kol. Borkowski przedstawił mężczyznę 46 lat z guzem w okolicy przymostkowego końca obojczyka lewego; guz wielkości jaja gołębiego, widoczny przy oglądaniu, zlany z obojczykiem. Urazu nie było, do kiły się nie przyznaje; żonaty, lecz bezdzietny (żona w ciążę wogóle nie zachodziła). Roentgen wykazuje nieznaczne rozszerzenie aorty i zgrubienie przymostkowej części obojczyka lewego. Po 3 tygodniowem stosowaniu jodku potasu, guz znacznie się zmniejszył. Wyniku badania krwi na odczyn Wassermanna dotąd nie otrzymano.

W dyskusji: kol. Frenkenberg, który stwierdził u chorego osłabioną reakcję źrenic i lekkie rozszerzenie źrenicy lewej, uważa, że mamy tu do czynienia z kiłą, co potwierdza dodatni wynik kuracji jodowej; radzi wcierać szaruchę.

III. Kol. Stefan Kon wygłosił odczyt: „O hysterosalpingografji", oraz zademonstrował przyrząd Rubin'a i przyrząd Zubrzyckiego do persuflacji jajowodów.

Badanie roentgenologiczne organów rodnych posunęło się znacznie naprzód od czasu, kiedy Siccard i Forestier wprowadzili w użycie, jako masę kontrastową, lipjodol t. j. od roku 1925. Największą zaletą tego preparatu jest zawartość oliwy, która mechanicznie chroni wrażliwe komórki nabłonkowe od uszkodzeń. Od tego czasu dzięki udoskonalonej metodzie (przyrząd Temesvary'ego) możemy dziś in vivo obserwować naocznie wiele spraw chorobowych, jak również i fizjologicznych w organach rodnych, które żadną inną metodą dotychczas nie udało się wykryć. Lipjodol poprzez jajowody dostaje się do jamy otrzewnowej i nie powoduje żadnych uszkodzeń, przeciwnie, czasem wywiera nawet działanie lecznicze, jak to widzimy bezpośrednio przy operacji.

Zabieg ten najlepiej wykonywać w 8—10 dni po miesiączce. Przed oczami naszemi odbywa się stopniowo napełnianie macicy i jajowodów. Ruchy robaczkowe jajowodów sprawdzić można w bioskopie Stanninga.

W praktyce stosujemy hysterosalpingografję w następujących przypadkach:

1. W niepłodności: staramy się stwierdzić czy jajowody są drożne i w którem miejscu jest niedrożność;
2. W mięsakach macicy, żeby stwierdzić czy rozwijają się one podśluzowo, czy śródmięśniowo;
3. W anomaljach układu anatomicznego organów różnych;
4. W różniczkowem rozpoznaniu guzów;
5. Dla skontrolowania wyników operacji.

Poza tem stosujemy hysterosalpingografję dla celów naukowych, aby wyjaśnić dane anatomiczne i fizjologiczne macicy i jajowodów.

W ten sposób skontrolować można budowę i położenie macicy, skurcze gładkich mięśni macicy i jajowodów, ruchy robaczkowe jajowodów, działanie preparatów farmaceutycznych i t. p.

Stwierdzamy, że *cavum uteri* ma kształt trójkąta z linją międzyjajowodową, jako podstawą trójkąta. Linja ta waha się między 3,6 — 4,3 cm (długość jej ponad 4,0 — 4,5 cm jest patologiczną). Kurcze macicy i jajowodu mogą odbywać się w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym. Rajnberg i Amstam dowiedli, że macicę od jajowodów oddziela specjalny aparat mięśniowy — zwieracz, który znajduje się pośrodku części „intermuralnej" jajowodu, wielkości kilku milimetrów w postaci wrzeciona lub puszki. Skurcz tego zwieracza „istmospasmus" prowadzi do niepłodności.

Robin i Bendick odróżniają trojakiego rodzaju ruchy robaczkowe jajowodów:

1. Powolne, nieprawidłowe, zależne od ciśnienia płynu podczas injekcji w kierunku odśrodkowym.
2. Ruchy w zależności od sąsiednich narządów t. j. ruchów robaczkowych jelit.
3. Własne ruchy od części strzępiastej w kierunku dośrodkowym — ku macicy.

Susaki obserwował w 80 przypadkach u położnic inwolucję organów rodnych i doszedł do wniosku, że jeszcze na 30-ty dzień po porodzie niema zupełnej inwolucji. We wczesnym okresie poporodowym jest skłonność do hyperantefleksji, w późniejszych zaś tygodniach do tyłozgięcia.

W wyborze materjału należy być bardzo ostrożnym. Najmniejsze wahania t° powinne być przeciwwskazaniem do salpingografji. Metodą tą można rozpoznać ciążę zamaciczną. Wielu autorów opisywało, że po salpingografji następowała drożność jajowodów. Lipjodol nie jest szkodliwy i dla plemników.

Hysterosalpigografja winna być stosowaną w szpitalu (streszczenie własne).

W dyskusji Kol. Goldman przypuszcza, że metoda ta będzie coraz częściej stosowaną i już przyczyniła się do wyjaśnienia wielu ważnych zagadnień z dziedziny anatomji i fizjologji organów rodnych. Wykazała, że jajko kierują ku macicy nie tylko ruchy nabłonka migawkowego, lecz też ruchy robaczkowe jajowodów, że strzępki obejmują tą część jajnika, w której ma pęknąć jaje. Salpingografja zdaje się być bardziej skuteczną przy bezpłodności, niż przedmuchiwanie. Kol. Goldman, używając w salpingografji 20% Jodipiny Mercka, również nie widział powikłań, ma jednak wrażenie, że lipjodol jest odpowiedniejszy.

Zdaniem kol. Frenkenberga wysoki koszt lipjodolu, który, wskutek zakazu wwozu do Polski, można nabyć tylko drogą nielegalną, wpływa hamująco na dokładne poznanie i szersze stosowanie tej metody.

Kol. Łokczewski, stwierdza, że dyskusja nasza co do salpingografji narazie jest przeważnie teoretyczną, gdyż metody tej dotychczas nikt z kolegów szerzej nie stosował. Sądząc z literatury francuskiej metoda ta ma wielką przyszłość. Kol. Łokczewski wspomina o pracach polskich ogłoszonych przez kolegów Śliwińskiego, Sołtysika i Zawadowskiego (P. Gazeta Lekarska Nr. 20 za r. 1927). Zwraca następnie uwagę, że należy też w czasie zabiegu bacznie kontrolować ciśnienie. Pożądane są bardzo zdjęcia stereoskopowe. W końcu kol. Łokczewski dziękuje prelegentowi za bardzo interesujący odczyt.

Prelegent odpowiada, że kontrola ciśnienia nie odgrywa tak wielkiej roli, gdyż w znacznej mierze może być zastąpiona uczuciem subjektywnem badanej.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie zawiadamia, iż na posiedzeniu Komitetu Konkursowego z daru firmy „Motor" — Zakł. Chem.-Farmakol. w Warszawie, przyznana została nagroda Drowi med. Zdzisławowi Goreckiemu z Warszawy, za pracę p. t. „Badania nad działaniem kofeiny, strychniny, kamfory, kardiazolu i koraminy na układ krążenia i oddychania u chorych w okresie niewydolności krążenia pochodzenia sercowego".

VI. Kurs przeciwjagliczy dla lekarzy. Z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie odbędzie się w czasie od 9—17 grudnia d. b. VI-ty kurs przeciwjagliczy dla lekarzy, którego program załącza się. Zgłoszenia na kurs i podania o ewentualne udzielenie zasiłku na koszty podróży i pobyt na kursie należy kierować do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie (ul. Chocimska 24) do dnia 20 listopada r. b. Do podań o zapomogi należy dołączyć: 1. Krótkie curriculum vitae. 2) Poświadczenie bezpośredniej władzy, że kandydat zostaje delegowany na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i diet i zasługuje na otrzymanie zapomogi.

Państwowa Szkoła Higjeny. Rok szkolny 1930/31. Kurs Nr. 71. Program VI-go kursu trachomatologji i organizacji walki społecznej z jaglicą od dnia 9—17 grudnia 1930 r. Kierownik Kursu: Dr. M. Zachert. I. Wykłady. 1. Rola medycyny zapobiegawczej w jaglicy, Dr. W. Chodzko 1 godz. 2. Współczesne poglądy na istotę jaglicy, Prof. J. Szymański (Wilno) 1 godz. 3. Objawy i przebieg kliniczny jaglicy, Prof. Kapuściński (Poznań) 2 godz. 4. Patogeneza jaglicy, Prof. H. W. Melanowski 1 godz. 5. Epidemiologja jaglicy, Dr. M. Zachert 2 godz. 6. Jaglica, jako przyczyna

ślepoty Prof. Melanowski 2 godz. 7. Leczenie nieżytów spojówki, Dr. Z. Wojno 2 godz. 8. Leczenie jaglicy prostej, Dr. M. Zachert 2 godz. 9) Leczenie operacyjne jaglicy, Prof. Melanowski 1 godz. 10. Zasady zwalczania i zapobiegania jaglicy, Dr. M. Zachert 2 g. 11. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagl. Dr. M. Zachert 2 godz. 12. Seminarjum dyskusyjne: Zadania lekarza w zwalczaniu jaglicy 3 godz. Razem godzin 20.

II. Zajęcia praktyczne. Zajęcia praktyczne w zakresie rozpoznawania i leczenia jaglicy odbywać się będą: a) na oddziałach: 1. Kliniki Ocznej Uniwersytetu Warszawskiego (4 godz.) Elektoralna 12. 2. Instytutu Oftalmicznego — (4 godz.) Smolna 8. 3. Szpitala Ujazdowskiego — (2 godz.) Górnośląska 45. 4. Szpitala Starozakonnych — Czyste Dworska 17 (2 godz.). b) w przychodniach przeciwjagliczych: 1. I-go Ośrodka Zdrowia — Puławska 91 (4 g.). 2. II-go Ośrodka Zdrowia — Górnośląska 26 (4 godz.). 3. III-go Ośrodka Zdrowia — Spokojna 15 (4 godz.). 4. VIII-go Ośrodka Zdrowia — Grochowska 36 (4 godz.). c) Wycieczki do Ośrodków Zdrowia w celu zapoznania się z organizacją medycyny zapobiegawczej (2 godz.). Razem godzin 30. Zajęciami kierować będą pp. Ordynatorzy poszczególnych oddziałów.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 25 listopada 1930 r. o godz. 8-mej wiecz. 1. L. Karwacki: Epidemja duru rzekomego C w oddziale wojskowym. 2. S. Cytronberg. Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego. Doniesienie III. Wpływ niektórych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej.

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne. XI. posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się we czwartek, dn. 27 listopada 1930 r. o godz. 8-mej wiecz. w lokalu Dr. Czarnockiego przy ul. Zgoda 8 z następującym porządkiem dziennym: 1) demonstracja chorych. 2) odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia, 3) w sprawie walnego zebrania.

Kraków.

Z Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. We środę dnia 26 listopada 1930 r. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska 4, zwyczajne posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Demonstracje chorych z Kliniki chirurgicznej U. J. z Kliniki neurol. U. J. oddziału II. i oddziału VI Szpitala św. Łazarza. 2 przypadki guza mózgu operowanego, przypadek guza rdzenia operowany, przypadek nerwobólu nerwu trójdzielnego leczony operacyjnie, przypadek guza rdzenia, 2 przypadki malum perforans pedis wyleczone, przypadek jamistości rdzenia z porażeniem nerwu pachowego urazowem, przypadek Haemotoma falcis cerebri, 2 przypadki wągra mózgu. przypadek guza móżdżku z pokazem preparatu anatomicznego.

Klinika Neurologiczno-Psychjatryczna U. J. w Krakowie (Kopernika 48) zawiadamia, że Oddział Kliniki dla dzieci wyjątkowych został ponownie uruchomiony. Na oddział przyjmuje się chłopców od lat 5 do 15 z wadami wymowy, oraz dzieci nerwowe, trudne pod względem wychowawczym.

Z Tow. miłośników historji medycyny. IX. posiedzenie Towarzystwa miłośników historji medycyny odbyło się w niedzielę 9 bm. Było na porządku dziennym: Sprawozdanie z VIII Kongresu historji medycyny w Rzymie. Mówca prof. Dr. Szumowski, Dr. Ostachowski i Dr. Bilikiewicz.

Stopień magistra farmacji uzyskali na Uniw. Jagiell. pp.: Baraniecki K., Bobrzecka Z., Bulińska W., Dyczkowski E., Dziewińska F., Hanak J., Kesslerówna G., Kochański R., Kolasówna K., Krzyżanowski Z., Krzyżewski A., Kuhnenówna J., Manterys M., Motarski Cz., Nostadtówna Z., Pankiewicz T., Przetacznik M., Przyłęcka E., Eisenówna F., Skąpska J., Strokosz W., Wagschalłówna I., Wierzbicki St., Wodecka I., Zarębianka A., Ziarkówna G.

Otwarcie prawego skrzydła „Domu Medyków" w Krakowie. Jako wynik dziesięcioletniej pracy młodzieży medycznej popartej ofiarnością szerokich warstw społeczeństwa, oddane zostało do użytku jedno skrzydło „Domu Medyków" przy ul. Grzegórzeckiej L. 20, w którym zamieszkało 120 studentów. Dom trzech piętrowy, dwuskrzydłowy, urządzony na wzór zagranicznych domów akademickich. Na wszystkich kondygnacjach łazienki, tuszownie i kuchenki gazowe oprócz pokoi mieszkalnych. W domu znajduje się czytelnia, klub towarzyski, bibljoteka, księgarnia i drukarnia. W będącem na ukończeniu drugiem skrzydle znajdzie pomieszczenie kuchnia, pralnia, zakład fryzjerski, szewski i krawiecki oraz w tem skrzydle znajdzie się również sala zabaw. Mimo tak wielkiej przychylności ze strony społeczeństwa, Komitet obecny nie jest w możności wykończyć własnemi funduszami drugiego skrzydła. Zwraca się przeto z gorącym apelem do ofiarnego społeczeństwa, by pospieszyło z pomocą, albowiem rzesze studentów tracą swą młodość i zdrowie w nędznych, wilgotnych i ciemnych pokojach na przedmieściach miasta, a celem naszym jest pomoc kolegom tym, którzy tej pomocy naprawdę potrzebują. Zarząd Bratniej Pomocy Medyków U. J. otwiera więc listę fundatorów pokoi, protektorów i ofiarodawców. Datki przyjmuje Zarząd B. Pomocy Medyków U. J. ul. Grzegórzecka L. 20, konto P. K. O. 404090.

25-letni jubileusz prof. Dr. Jana Piltza. Dnia 15-go XI. o godz. 6-tej wieczorem odbyła się w Klinice neurologicznej U. J. w Krakowie miła i podniosła uroczystość wręczenia profesorowi Piltzowi księgi pamiątkowej — ku uczczeniu 25-lecia Jego pracy profesorskiej — z pracami uczni, przyjaciół i nawet nauczycieli Jubilata — sędziwego profesora Forela i profesora Bleulera. W udekorowanej sali wykładowej Kliniki zebrał się cały wydział lekarski U. J. z rektorem prof. Załęskim i dziekanem prof. Ciechanowskim na czele, lekarze kliniki i słuchacze medycyny. Uroczystość rozpoczęła się przemówieniem przewodniczącego komitetu jubileuszowego doc. Dr. Artwińskiego, który wręczył Jubilatowi księgę pamiątkową, następnie przemawiał rektor prof. Załęski — imieniem senatu U. J., dziekan prof. Ciechanowski — imieniem wydziału lekarskiego U. J., prof. Latkowski — imieniem krak. Twa lekarskiego, dyr. Dr. Stryjeński — imieniem Twa opieki na psychicznie choremi oraz imieniem Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie, Dr. Chłopicki — imieniem lekarzy kliniki neurologicznej U. J. oraz słuchacz medycyny Sztein — imieniem Bratniej Pomocy medyków U. J. i słuchaczy medycyny U. J. — Po odczytaniu długiego szeregu depesz i listów z powinszowaniami od neurologów i psychjatrów z kraju i z zagranicy zabrał głos wzruszony Jubilat, podnosząc, że trudy i zasługi, o jakich przed chwilą mówiono, były tylko zwykłem spełnieniem obowiązku i że dzisiejsze zebranie wygląda tak, jak gdyby do mrówki (Jubilata) przyszły inne mrówki i zaczęły gratulować, że pracuje. Miłą uroczystość zakończyła wspólna fotografja.

Nikt z zebranych w radosnym nastroju, nie przeczuwał, że za kilkanaście dni, będzie brał udział w smutnym obrzędzie odprowadzenia zwłok Ś. p. Prof. Jana Piltza na wieczny spoczynek.

Wręczenie dyplomów absolwentkom szkoły pielęgniarskiej. Dnia 17 listopada br. odbyła się w sali dziekanatu wydziału lekarskiego U. J. o godzinie 12.30 w poł. uroczystość wręczenia dyplomów 12 absolwentkom uniwersyteckiej Szkoły pielęgniarek i higjenistek w Krakowie. Dyplomy wręczył w zastępstwie chorego dziekana prof. Dr. Stanisław Maziarski, w obecności J. M. rektora prof. Dr. Edmunda Załęskiego i w gorących słowach witał nowe pracownice na polu pielęgniarstwa, zachęcając je do wydatnej i ofiarnej pracy. Po nim zabrał głos J. M. rektor Załęski podnosząc znaczenie kulturalne nowej uczelni. Dyplomy otrzymały pp.: Baranówna Marja, Chudziakówna Janina, Füllerówna Zdzisława, Jurczykówna Olga, Kochanówna Janina, Kohenowa Marja, S. Kunatówna Stefanja ze Zgromadzenia SS. Nazaretanek (pierwsza zakonnica otrzymująca dyplom uniwersyteckiej państwowej dwuletniej szkoły pielęgniarek w Polsce). Pieńkowska Zofja, Przyłęcka Zofja, Rydygierówna Alicja, Sarnecka Stanisława, Zawadzka Zuzanna.

Akcja kolonijna krakowskiej Kasy chorych. Komunikują nam: W ubiegłym sezonie letnim wysłała krakowska Kasa chorych na kolonje letnie 389 dzieci członków Kasy; ogółem spędziły dzieci na kolonjach 14.050 dni, ogólny koszt wyniósł zł 52.724 gr 30. W szczególności wysłała Kasa na kolonje lecznicze (Rabka, Ciechocinek, Rytro) 184 dzieci na 6142 dni kosztem 28.221 zł oraz na kolonje wypoczynkowe 205 dzieci na 7908 dni kosztem 24.503 zł 30 gr. Przeciętny pobyt dziecka na kolonji leczniczej wyniósł 33 dni, na kolonji wypoczynkowej $38^1/_2$ dnia. Przeciętny koszt jednego dnia wynosił na kolonji leczniczej 4 zł 60 gr, na kolonji wypoczynkowej 3 zł 10 gr. Kasa nie prowadziła własnej kolonji, lecz opłacała pobyt dzieci na kolonjach 19 instytucyj, prowadzących kolonje. Ponadto udzieliła Kasa czterem instytucjom subwencji na prowadzenie półkolonji w łącznej kwocie 2.350 zł. Ogółem wydała Kasa na akcję kolonijną w sezonie letnim 55.074 zł 30 gr. W nadchodzącym sezonie zimowym zamierza Kasa wysłać na kolonję zimową do Rabki 20 dzieci, do Kobiernic 30.

Poznań.

XIV. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 28 listopada 1930 r. o godz. 20.15 w sali Śniadeckich (II piętro) w Collegium Medicum (ul. Fredry 10) z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Prof. W. Orłowski (Warszawa): Patogeneza przewlekłej niewydolności krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorji Eppingera.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie.

Potrzebna lekarka (lekarz) na rejon w powiecie Sokołów-Podlaski, majątek Gródek Koła Polek. Warunki pracy lekarza są następujące: Sejmik Sokołowski rozdzielił powiat na 5 rejonów. Rejon w Gródku obejmuje szkoły powszechne: w nim jedna w Mołożewie i seminarjum nauczycielskie S. S. Niepokalanek w Wierowie, oraz sierociniec w Czekanowie. Subsydjum sejmikowe wynosi 200 zł miesięcznie. Koło Polek dąży do stworzenia ośrodka zdrowia i uzdrowiska dla dzieci w Gródku, majątku, który nabyto na ośrodek społeczny. Dlatego daje mieszkanie światło i opał. W odległości, 20 kilometrów wokoło Gródka niema lekarza, więc praktyka lekarska jest pewna tembardziej, że ludność domaga się lekarza. Sprawa ośrodka zdrowia jest już przychylnie załatwiona przez Departament Zdrowia i subsydjum na remont domu na ten cel przeznaczonego przyobiecano, jak również na prowadzenie ośrodka w pierwszych latach. Apteka i poczta jest w Jabłonnie Lackiej, miasteczku osadzie o 4 km. od Gródka. Do Jabłonny dochodzi szosa od stacji kolejowej Sokołowa Podlaskiego 17 km. Droga z Jabłonny Lackiej dobra. Gródek leży nad samym Bugiem w bardzo ładnem i zdrowem miejscu. Lekarz może liczyć na praktykę za Bugiem.

Wydział Powiatowy w Kamieniu-Koszyrskim podaje do wiadomości P. P. Lekarzy, że od dnia 1-go stycznia 1931 r. wakować będzie posada lekarza rejonowego we wsi Jajno, gminy Borowno z uposażeniem 500 zł miesięcznie. Nadto lekarz pobiera na korzyść własną opłaty po 1 zł od każdej udzielonej porady. Poza godzinami urzędowemi praktyka prywatna jest dozwolona. Do stanowiska przywiązane jest mieszkanie w naturze, składające się z 3 pokoi i kuchni, budynku gospodarczego i ogrodu. Bliższych informacyj udzielać będzie Wydział Powiatowy. Osoby reflektujące na powyższe stanowisko winny składać podania do biura Wydziału Powiatowego w Kamieniu-Koszyrskim do dnia 15. XII. 1930 r. dołączając do podania: 1) życiorys, 2) dowód obywatelstwa polskiego, 3) dyplom, 4) zezwolenie na prawo odbywania praktyki lekarskiej, 5) świadectwa z poprzedniej pracy ze wskazaniem osób wiarygodnych mogących udzielić opinji o osobie kandydata.

Powiatowa Kasa chorych w Kartuzach poszukuje kandydata na stanowisko Lekarza Naczelnego Kasy, jak również na stanowisko lekarza praktyka dla Sierakowic w pow. kartuskim. Warunki dla lekarza naczelnego są następujące: za codzienną dwu godzinną pracę otrzymuje pobory ryczałtowe miesięczne w wysokości 440 zł oraz za udział w posiedzeniach Komisji Lekarskiej miesięcznie 110 zł. Praktyka prywatna dozwolona. Bliższe szczegóły na żądanie udzieli Komisarz Kasy. Warunki dla lekarza praktyka w Sierakowicach: opłata systemem punktowym, przeciętnie 500 zł miesięcznie z możnością uzyskania prawa leczenia urzędników państwowych, (leśniczych i straży granicznej), kolejowych, przy dość wielkiej liczbie pacjentów prywatnych. Warunki komunikacyjne dobre.

Tymczasowy Wydział powiatowy w Dolinie (Woj. Stanisławowskie) ogłasza konkurs na posady lekarzy okręgowych: 1) w Dolinie, 2) Bolechowie, 3) Wełdzirzu, 4) Perehińsku z płacą XII stopnia służbowego, ryczałtem na objazdy i ryczałtem kancelaryjnym. Ubiegający się o posadę winni wnieść do Tymcz. Wydz. Pow. w Dolinie podania zaopatrzone w następujące dokumenty: 1) metrykę urodzenia, 2) dowód obywatelstwa Państwa Polskiego, 3) curriculum vitae, 4) odpis dyplomu, 5) zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem. Do okręgu 1) dolińskiego należy 19 gmin, do okręgu 2) bolechowskiego 27 gmin, do okręgu 3) wełdziskiego 19 gmin, do okręgu 4) perehińskiego 9 gmin.

Stanowisko młodszego lekarza w powiatowym Szpitalu w Mińsku Mazowieckim jest do obsadzenia. Ma to być pomocnik dyrektora Szpitala (naczelnego lekarza), który jest chirurgiem i lekarzem chorób wewnętrznych. Wymagana jest znajomość położnictwa i prowadzenia pracowni. Wynagrodzenie 160 zł miesięcznie i pełne utrzymanie (mieszkanie, opał, światło, wikt). Po godzinach szpitalnych dozwolona praktyka prywatna. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w Mińsku Mazowieckim.

Stanowisko lekarza-dentysty ma do obsadzenia zaraz Państwowa Kasa chorych w Przemyślu. Wymagana co najmniej dwuletnia praktyka. Praca ambulatoryjna wieczorna od 18—20-tej. Wynagrodzenie ryczałtowe według umowy. Podania należy wnosić do Komisarza Pow. Kasy chorych w Przemyślu.

Lekarz-położnik i internista potrzebny jest zaraz do Skierbieszowa w Woj. lubelskiem. Gmina udziela zasiłek 500 zł na mieszkanie. Informacyj udziela apteka T. Bortnowskiego w Skierbieszowie.

W miasteczku Gorzków w województwie lubelskiem jest placówka wyrobiona dla lekarza chrześćjanina. Mieszkanie przygotowane. Gmina zapewnia pewne subsydjum. Informacyj udziela aptekarz E. Stokowski.

Ze świata.

Zgon słynnego okulisty austrjackiego. Słynny austrjacki okulista, prof. Dr. Ernest Fuchs, zmarł w 79 roku życia.

III. Międzynarodowy Zjazd Radjologiczny odbędzie się w Paryżu w lipcu roku 1931. Zjazd dzieli się na 6 sekcyj: 1. Radjofizyka. 2. Radjologja. 3. Djagnostyka roentgenowska. 4. Promienioleczniсtwo (Roentgen i Curieterapja). 5. Elektrologja medyczna. 6. Helioterapja naturalna i sztuczna. Termin pisemnego zgłaszania odczytów do 1 stycznia r. 1931. Streszczenie odczytu napisane na maszynie w języku francuskim, niemieckim lub angielskim, nie przekraczające 400 wyrazów, musi być nadesłane do sekretarjatu najpóźniej 1 kwietnia r. 1931. Członkowie Towarzystw radjologicznych, życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, proszeni są o wypełnianie karty uczestnictwa, którą wraz z kwotą 300 franków należy możliwie wcześnie nadesłać. Adres Sekretarjatu III. Międzynarodowego Zjazdu radjologicznego: 122 rue La Boetie, Paris VIII. W związku ze Zjazdem urządzona będzie wystawa. Osoby, pragnące wziąć udział w wystawie, proszone są o zwracanie się do pana H. Pilon, 34. Boulevard de Vaugirard, Paris XV.

XIII. Kurs dokształcający dla lekarzy w Karlsbadzie ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się w czasie od 13 do 19 września 1931 roku.

Wydział lekarski Uniwersytetu we Wiedniu przygotowuje na rok 1931 następujące kursy dokształcające dla lekarzy.

XL. Kurs z zakresu leczenia chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem dziedzin graniczących z innemi specjalnościami lekarskiemi odbędzie się w czasie od 2 do 14 lutego 1931 r.

XLI. Kurs dokształcający na temat na razie zastrzeżony odbędzie się w czasie od 1 do 13 czerwca 1931 r.

XLII. Kurs dokształcający na temat najaktualniejszych zagadnień medycyny obecnej ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa (kurs dla lekarzy praktyków prowincjonalnych) odbędzie się w czasie od 23 września do 5 października 1931 r.

XLIII. Kurs z zakresu neurologji i psychjatrji odbędzie się w czasie od 30 listopada do 12 grudnia 1931 r. Wszelkich bliższych wyjaśnień w sprawie tych kursów udziela: Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, VIII, Schlösselgasse 22.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonym na stronie 921 numeru 46 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. referacie z czasopisma „Internacia medicina revuo" w wierszu drugim od góry zamiast Śn. pr. Robina składa się z 180 cm^3 mleka i 5 g. cukru" ma być: Śn. pr. Robina składa się z podania na czczo 180 cm^3 herbaty. 20 cm^3 mleka, i 5 g. cukru.

Redakcja otrzymała:

René Burnand: „Précis d'auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire". Masson et Cie, Paris 1930.

Mikułowski Wł.: „Ueber die Klinische, epidemische und prophylaktische Verwandtschaft zwischen Masern und Keuchhusten". Odb. z Schweizerische medizinische Wochenschrift 60 Jhrg. 1930, nr. 42.

Mikułowski Wł.: „Intestinal hemorrhages in typhoid fever". Odb. z International journal of medicine and surgery. Vol. 43, nr. 10, october 1930.

Mikułowski Wł.: „A fatal case of diarrhea With melanodermia and porphyrinuria in an eigth months'old child". Odb. z „The urologie an cutaneous Revier". Volumen thirty-four, number eleven, november 1930.